Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter: Psychosoziale Konsequenzen und Therapiemöglichkeiten

Bachelorarbeit
an der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Education (BEd)

Eingereicht bei

Prof.in DDDr.in MMag.a Ulrike Kipman

vorgelegt von

Lisa Marie Winkler

42102483

Salzburg, Juli 2025

Vorwort

Das Thema Angststörungen und Phobien beschäftigt mich schon längere Zeit. Insbesondere aufgrund meiner eigenen ausgeprägten Angst vor Spinnen stellte sich mir die Frage, ab wann eine Angst nicht mehr als normale Reaktion, sondern als Phobie oder gar als psychische Störung zu bewerten ist. Aus diesem persönlichen Interesse heraus entwickelte sich die Idee für das Thema dieser Arbeit.

Mein generelles Interesse an psychologischen Fragestellungen trug ebenfalls maßgeblich zur Themenwahl bei. Meine vorwissenschaftliche Arbeit habe ich bereits einem psychologischen Thema gewidmet, was mir damals wie heute große Freude bereitet hat. Daher war mir von Anfang an bewusst, dass mir die intensive Auseinandersetzung mit Angststörungen und Phobien nicht langweilig werden würde. Trotz meiner Begeisterung für das Thema muss ich offen zugeben, dass es mir nicht immer leichtfällt, mich für umfangreiche schriftliche Arbeiten zu motivieren. Umso dankbarer bin ich meinem Freund und meiner Mutter, die mich während des gesamten Entstehungsprozesses mit Geduld, Zuspruch und Verständnis unterstützt haben. Sie hatten stets ein offenes Ohr für meine Sorgen und haben mich ständig motiviert. Mein besonderer Dank gilt zudem Frau Prof.in DDDr.in MMag.a Ulrike Kipman, die mich über viele Monate hinweg fachlich begleitet und ermutigt hat. Es war mir eine große Hilfe zu wissen, dass ich mich jederzeit mit Fragen an sie wenden konnte und stets auf ihre Unterstützung zählen durfte.

Mit dieser Arbeit hoffe ich, einen kleinen Beitrag zum besseren Verständnis von Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter leisten zu können und ein Interesse für die psychologischen Hintergründe zu wecken.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Interesse an meiner Arbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Lisa Marie Winkler Salzburg, Juli 2025

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche psychosozialen Konsequenzen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter haben und welche therapeutischen Ansätze sich als besonders wirksam zur Bewältigung dieser Auswirkungen erweisen. Die Relevanz dieser Thematik ergibt sich aus der hohen Prävalenz von Angststörungen in dieser Altersgruppe sowie deren langfristige Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung, das familiäre Umfeld und den schulischen Werdegang der Betroffenen. Ziel der Arbeit ist es, ein umfassendes Verständnis für die Auswirkungen von Angststörungen sowie therapeutische Vorgehensweisen zu vermitteln.

Theoretisch fundiert ist die Arbeit durch aktuelle Fachliteratur zur klinischen Kinder- und Jugendpsychologie. Methodisch handelt es sich um eine reine Literaturrecherche, bei der einschlägige wissenschaftliche Quellen systematisch ausgewertet wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Angststörungen im Kindes- und Jugendalter häufig mit sozialen Rückzugsverhalten, Leistungsbeeinträchtigungen, Schulvermeidung sowie familiären Belastungen einhergehen. Zudem bestehen enge Zusammenhänge mit komorbiden Störungen wie Depressionen. Besonders wirksam im therapeutischen Kontext erweist sich die kognitive Verhaltenstherapie, die in ihrer Anwendung auf das Alter und das individuelle Störungsbild abgestimmt wird. Ergänzend dazu werden auch körperorientierte Verfahren und Selbsthilfeübungen, wie die progressive Muskelentspannung und die Bauchatmung, als unterstützende Maßnahmen diskutiert.

Die Arbeit leistet einen Beitrag zur vertieften Auseinandersetzung mit einem gesellschaftlich relevanten psychischen Störungsbild im Kindes- und Jugendalter und verdeutlicht die Bedeutung frühzeitiger und zielgerichteter Vorgehensweisen im therapeutischen und pädagogischen Kontext.

Abstract

This Bachelor's thesis explores the psychosocial consequences of anxiety disorders in childhood and adolescence, as well as the therapeutic approaches that have proven particularly effective in addressing these effects. The relevance of the topic stems from the high prevalence of anxiety disorders in this age group and their long-term impact on psychosocial development, family dynamics and academic trajectories. The aim of the thesis is to provide a comprehensive understanding of both the consequences of anxiety disorders and the therapeutic strategies available for managing them.

The theoretical foundation is based on current academic literature in the field of clinical child and adolescent psychology. The method used here is, that the thesis is structured as a literature review, systematically analyzing relevant scientific sources.

Findings indicate that anxiety disorders in children and adolescents are frequently associated with social withdrawal, academic underachievement, school avoidance, and increased burden from the family. Moreover, there are strong correlations with comorbid disorders such as depression. Cognitive behavioral therapy, adapted to the developmental stage and individual symptomatology, has emerged as particularly effective in therapeutic practice. Additionally, body-oriented methods and self-help techniques such as progressive muscle relaxation and diaphragmatic breathing are discussed as supportive interventions.

This thesis contributes to a deeper examination of a socially relevant psychological disorder in childhood and adolescence and highlights the importance of early and targeted interventions in both therapeutic and educational contexts.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 7

2. Grundlagen zu Angst, Angststörungen und Phobien 8

2.1. Begriffsdefinition Angst 8

2.2. Angststörungen 9

2.3. Phobien 10

3. Angst und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter 12

3.1. Unterschied zwischen normaler Angst und krankhafter Angst 12

3.2. Die drei Ebenen des Angsterlebens 15

3.2.1. Physiologische Ebene 15

3.2.2. Kognitive Ebene 15

3.2.3. Motorische Ebene 16

3.3. Die Diagnose von Angststörungen 16

3.4. Epidemiologie und Verlauf einer Angststörung 19

4. Phobien im Kindes- und Jugendalter 21

4.1. Agoraphobie 21

4.2. Soziale Phobie 22

4.3. Spezifische Phobie 24

5. Psychosoziale Konsequenzen von Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter 27

5.1. Soziale Konsequenzen im schulischen Umfeld 28

5.1.1. Prüfungsangst 28

5.1.2. Schulangst 32

5.1.3. Schulverweigerung 34

5.2. Soziale Konsequenzen im familiären Umfeld 35

5.3. Entwicklung komorbider Störungen 37

5.3.1. Angststörung und Depression 38

6. Therapiemöglichkeiten und Übungen zur Selbsthilfe bei Angststörungen 39

6.1. Verhaltenstherapie 40

6.2. Medikamentöse Behandlung bei Angststörungen 41

6.3. Selbsthilfe bei Angststörungen 42

6.3.1. Progressive Muskelentspannung 45

6.3.2. Bauchatmung 46

7. Fazit 48

Literaturverzeichnis 50

Abbildungsverzeichnis 52

Tabellenverzeichnis 52

1. Einleitung

„Fast jedes zehnte Kind leidet an einer Angststörung (…)“ (In-Albon, 2011, S. 11). Angststörungen können im Kindes- und Jugendalter einen hohen Leidensdruck auslösen. Zudem zählen sie zu den verbreitetsten psychischen Erkrankungen bei schulpflichtigen Kindern (Kruska, 2020, S. 13). Außerdem gelten sie als Risiko für die Entstehung weiterer psychischer Erkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, da sie nicht von alleine auswachsen. Trotzdem bekommen nur wenige betroffene Kinder und Jugendliche eine passende Behandlung (In-Albon, 2011, S. 11). Eine Phobie bezeichnet eine unverhältnismäßig starke Angst vor bestimmten Situationen, in denen sich die Betroffenen machtlos oder eingeschränkt erleben. Phobische Ängste können schon im Kleinkindalter auftreten, panische Ängste erscheinen jedoch meist im Alter von 11 und 12 Jahren (Schmidt-Traub, 2015, S. 11).

In dieser Bachelorarbeit gehe ich der Frage nach, welche psychosozialen Konsequenzen Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter haben und welche therapeutischen Ansätze sich als besonders wirksam erweisen, um diesen entgegenzuwirken. Die Relevanz des Themas ergibt sich aus der hohen Prävalenz solcher Störungen und deren potenziell langfristigen Auswirkungen auf die emotionale, soziale und schulische Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die Arbeit stützt sich auf aktuelle wissenschaftliche Literatur im Bereich der klinischen Kinder- und Jugendpsychologie und wurde als reine Literaturrecherche konzipiert. Ziel ist es, ein umfassendes Bild der Thematik zu zeichnen und praxisrelevante Ansätze für die therapeutische Arbeit aufzuzeigen.

Die Arbeit gliedert sich in mehrere Kapitel. Nach dieser Einleitung werden zunächst die grundlegenden Begriffe „Angst“, „Angststörung“ und „Phobie“ definiert. Kapitel 3 widmet sich der Darstellung von Angst und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, während Kapitel 4 speziell auf Phobien eingeht. Im 5. Kapitel werden die psychosozialen Konsequenzen von Angststörungen und Phobien in verschiedenen Lebensbereichen beleuchtet. Kapitel 6 stellt die wichtigsten therapeutischen Möglichkeiten und Selbsthilfeansätze vor. Das abschließende

Kapitel 7 fasst die zentralen Ergebnisse zusammen und bietet einen Ausblick auf mögliche weiterführende Fragestellungen.

2. Grundlagen zu Angst, Angststörungen und Phobien

In den nachfolgenden Kapiteln werden der Begriff Angst, Angststörungen und Phobien genauer erläutert.

2.1. Begriffsdefinition Angst

Kruska (2020, S. 20) schreibt, dass der Begriff „Angst“ aus dem indogermanischen kommt und sich von dem Wort „angh“ ableitet, welches „eng“ bedeutet. Im Mittelhochdeutschen gibt es ebenso eine Relation zu den Worten „angest“ beziehungsweise „angust“, welche „die Enge“ bedeuten. Zudem ist der Begriff urverwandt mit dem Wort „angustia“ aus dem lateinischen und bedeutet ebenfalls „Enge“. Außerdem lässt sich von dem Wort „angere“ aus dem lateinischen „zusammendrücken“ ableiten und beschreibt sozusagen das beengende Gefühl und das Engegefühl in der Brust. Es spielt also auf die körpernahe Angst, aber auch auf den diffusen Gefühlszustand an. Angst zeigt sich in Situationen, die bewusst oder unbewusst, als bedrohlich oder gefährlich durch innere sowie äußere Einflüsse empfunden werden. Der Körper wird in einen Alarmzustand versetzt, die Wahrnehmung wird geschärft, doch es bleibt ungewiss, worauf sich die Angst fokussiert (Kruska, 2020, S. 20 – 21).

Angst stellt eine essenzielle und natürliche Emotion dar. Aus evolutionärer Sicht erfüllt sie eine lebenswichtige Funktion. Sie dient nämlich als Schutzmechanismus, der in realen oder vermeintlichen Bedrohungslagen eine angemessene Reaktion auslöst. Angst ist eine grundlegende und lebenswichtige Basisemotion, die in Situationen auftritt, welche als bedrohlich wahrgenommen werden. Zudem dient sie als Warnsignal, das auf zukünftige Gefahren hinweist (In-Albon, 2011, S. 15).

Hartung und Fröhlich-Gildhoff (2007, S. 86) verstehen unter Angst ein Gefühl, welches zum Leben gehört. Angst zu haben bedeutet, einen Hinweis auf eine Herausforderung oder etwas Unbekanntes zu bekommen. Angst als ein Affektzustand wird durch das Wahrnehmen von Gefahren im Individuum oder der Umwelt ausgelöst. Es handelt sich also um eine komplexe und universelle Erfahrung, die ein Teil unserer menschlichen Existenz ist. Man kann auch sagen, dass Angst ein biologisches Warnsystem in uns ist, dass sich bei Gefahren aktiviert und die danach kommenden Folgen eine Art Schutzreaktion sind. Wenn eine komplette Abwesenheit von Angst vorherrscht, kann das eine psychische Störung aufzeigen. Angst kann auf mehrere Ebenen ausgedrückt werden. Sie kann sich körperlich durch Schwitzen oder eine erhöhte Herzfrequenz zeigen. Auf der kognitiven Ebene zeigt sich Angst durch Vergesslichkeit oder rasenden Gedanken und auf der Verhaltensebene mit Flucht- oder Vermeidungsverhalten (Hartung & Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 86).

2.2. Angststörungen

Angststörungen zeigen sich in verschiedenen Störungsbildern. Im Kindes- und Jugendalter werden Angststörungen in den Klassifikationssystemen DSM und ICD unterschiedlich zugeordnet und definiert. Im DSM-IV-TR wird nur die Trennungsangst den Störungen des Kindes- und Jugendalters zugeordnet, während für die anderen Diagnosen die gleichen Kriterien wie für Erwachsene gelten (Rotthaus, 2021, S.29). Im ICD-10 werden unter der Klassifikation F93 die emotionalen Störungen des Kindesalters als spezifische Angststörungen im Kindes- und Jugendalter aufgeführt. Die Störungen, welche für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen gelten, sind unter F40 angeführt. Sonstige Angststörungen, wie Panikstörung, generalisierte Angststörung oder Angst mit depressiver Störung gemischt, werden unter F41 aufgeführt (Krollner & Krollner, 2025). Eine Studie in den USA zeigte, dass bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren Angststörungen mit einer Prävalenz von 4,7% auftreten. Zusätzlich ergab diese Untersuchung, dass die Erkrankungsrate bei Jungen doppelt so groß war wie bei Mädchen (Kipman, 2021, S. 119 – 120).

Angststörungen können in verschiedenen Formen auftreten:

- Bei einer Panikstörung kommt es zu plötzlichen Panikattacken, die nicht durch äußere Faktoren verursacht werden.
- Die generalisierte Angststörung im Kindesalter äußert sich durch anhaltende Sorgen in verschiedenen Lebensbereichen, wie beispielsweise durch schulische Leistungen.
- Eine Trennungsangst zeigt sich in einer übermäßigen Furcht vor der tatsächlichen oder erwarteten Trennung von einer engen Bezugsperson, wobei diese Angst ungewöhnlich stark ausgeprägt ist und länger, als für das Alter üblich, anhält.
- Bei einer sozialen Angststörung begegnen Kinder Fremden mit Misstrauen und empfinden Furcht in neuen, ungewohnten oder sozial herausfordernden Situationen.

Diese Angststörungen gehen oft mit körperlichen Beschwerden einher wie beschleunigter Herzschlag, Kurzatmigkeit, Zittern, Schwitzen, Brust- und Bauchschmerzen oder Übelkeit. Zudem können bereits bestehende Angststörungen das Risiko für Depressionen erhöhen (Kipman, 2021, S. 119 – 120).

2.3. Phobien

Eine Phobie ist eine unbegründete, krankhafte und anhaltende Angst vor Gegenständen, Tätigkeiten, Situationen oder Personen. Sie zeigt sich in einem starken und unpassenden Verlangen, die angstauslösende Situation zu meiden. Ein Kennzeichen ist eine unmittelbare Angstreaktion, wenn ein phobischer Reiz auftritt. Beispiele hierfür sind Hunde, Spritzen oder vor anderen sprechen zu müssen (In-Albon, 2011, S. 16). In einem gewissen Maß treten Phobien bei einer Mehrzahl von Kindern auf, jedoch nicht im pathologischen Ausmaß. Wenn es sich um entwicklungsspezifische Ängste handelt, wie beispielsweise die Angst vor Monstern, die aber ein außergewöhnliches Ausmaß annehmen und dadurch zu Beeinträchtigungen führen, spricht man von phobischen Störungen im Kindesalter. Bei spezifischen Phobien gibt es folgende Subtypen:

- Tierphobie
- Umweltphobie

- Verletzungsphobie
- situative Phobie (Wurstner, 2025).

Tierphobien sind besonders häufig bei Hunden, Spinnen oder Schlangen. Unter Umweltphobien kann man sich die Angst vor Stürmen, Wasser, Kernkraft, Giftstoffen oder Gewitter vorstellen. Bei einer Verletzungsphobie hat man Angst vor Blut, Operationen, Spritzen, Ärzten, Krankenhäusern oder auch schon vor den weißen Kitteln. Die Angst vor engen und geschlossenen Räumen, wie in Flugzeugen oder Fahrstühlen betreffen die situative Phobie (Schmidt-Traub, 2015, S. 36).

Sollten Kinder unter einer Phobie leiden, dann äußert sich das durch eine starke Angstreaktion gegenüber den genannten Typen in massiver Art und Weise. Diese Reaktion erfolgt typischerweise, wenn Kinder dem auslösenden Reiz begegnen. Mit der Zeit bemühen sie sich meist, solche Situationen zu umgehen. Phobien bleiben bestehen, weil die Betroffenen vermeiden, sich ihrer Angstquelle zu stellen. Kinder erkennen schnell, dass die Angst nachlässt, sobald sie die bedrohliche Situation vermeiden. Etwa 3 bis 4 Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden unter spezifischen Phobien. Die Angst vor Blut tritt bei Jugendlichen am häufigsten auf, knapp gefolgt von der Tierphobie. Wie eine Phobie entsteht, kann durch verschiedene Umstände erfolgen. Meistens liegt jedoch eine genetische Komponente vor. Trotzdem begünstigen eine leichte körperliche Erregbarkeit und eine hohe Emotionalität die Entstehung von Ängsten. Zudem sind auch die Eltern oftmals ängstlich und sagen, dass etwas gefährlich sei. Durch das Abschauen der Verhaltensmuster von den Eltern, kann das Kind durch diese Sichtweise ihre Angst entwickeln. Außerdem passiert es oft, dass Eltern ihre Kinder vor Gefahren schützen möchten und sie somit keine eigenen Erfahrungen machen können (Wurstner, 2025).

3. Angst und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Ängste treten in unterschiedlichen Entwicklungsphasen immer wieder in einem normalen und regulierbaren Ausmaß auf. Daher muss man zwischen Durchgangsphänomenen, welche mit der Entwicklung in gewissen Altersabschnitten verbunden sind, und dem klinischen Bild von einer Angststörung unterscheiden. Entwicklungsphasentypische Ängste sind weit verbreitet und fallen oft relativ mild aus. Zudem sind sie altersspezifisch und vorrübergehend. Somit ändern sich während der Entwicklung eines Kindes die Angstinhalte. Sollte das Kind jedoch im Alltag stark und anhaltend von diesen Ängsten eingeschränkt sein, sollte dies behandelt werden. Diese Einschränkungen können ein Flucht- und Vermeidungsverhalten hervorscheinen lassen, dass das Kind langfristig in seiner kognitiven, motorischen, emotionalen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt. Daraus entstehen oftmals Folgeprobleme in der Schule oder dem Kindergarten, in der Familie, aber auch in der Freizeit (Hartung & Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 87).

3.1. Unterschied zwischen normaler Angst und krankhafter Angst

Der Unterschied zwischen einer normalen und einer krankhaften Angst liegt darin, dass krankhafte Ängste eine starke Beeinträchtigung für das Kind darstellen, die das Kind sehr leiden lässt und somit eine normale Entwicklung langfristig gesehen verhindert. Das zeigt sich, indem das Kind nicht mehr mit Freunden spielen möchte oder die Schule meidet. Dahin gegen sind normale Ängste nur vorrübergehend und fallen meist sehr mild aus. Diese gehören zu einem normalen Entwicklungsverlauf von Kindern. Jedoch hat jeder Angst vor etwas oder jemanden, somit lässt sich sagen, dass Ängste etwas völlig Normales sind. Im Kindesalter sind schwache und zeitlich vorrübergehende Ängste sehr typisch. Manche Ängste sind nur in einem gewissen Altersabschnitt zu sehen, die aber mit der Zeit wieder verschwinden. Das Fremdeln ist zum Beispiel eine typische Angst ab dem 7. Lebensmonat, die meist aber nur bis zum 12. Lebensmonat andauert und dann von selbst wieder abklingt.

Ebenso Teil einer normalen Entwicklung sind Ängste vor lauten Geräuschen, Geistern oder Dunkelheit. Eltern können ihre Kinder bei der Verarbeitung einer Angst unterstützen und ihnen Sicherheit geben, jedoch können sie die Angst nicht verhindern (In-Albon, 2011, S. 16). In Abbildung 1 kann man die Unterscheidungskriterien einer gesunden Angst und einer krankhaften Angst sehr gut herauslesen.

Unterscheidungs-kriterien	Gesunde Ängste	Krankhafte Ängste
Kontext	realitätsbezogen und erwartbar, was den Auslöser angeht	unangemessen und unerwartet/ohne Anlass in Bezug auf den situativen Kontext (Fehlattributionen)
Intensität	im Ausmaß der Situation angemessen, kontrollierbar	(zu) hohe Intensität, stark übersteigert, nicht kontrollierbar bis überflutend
Dauer	hören auf/gehen zurück, wenn der angstmachende Anlass entfällt	persistieren = gehen nicht oder nur wenig zurück, wenn der Angstauslöser entfällt
Erwartungsangst	Erwartungsangst tritt nicht auf, keine Vermeidung von oder Rückzug aus spezifischen Situationen, in denen einmal Angst aufgetreten ist	Entwicklung einer starken »Angst vor der Angst« oder der Antizipation, dass Angst in einer spezifischen Situation auftauchen wird → Vermeidung oder Rückzug
Leidensdruck	Leidensdruck ist in der Situation hoch, hat aber keinen nachhaltigen Einfluss auf die Lebensqualität	hoher Leidensdruck beim Betreffenden und/oder Angehörigen, Lebensqualität wird beträchtlich geringer

Abbildung 1 (Kruska, 2020, S. 30)

In den verschiedensten Altersstufen gibt es alters- und entwicklungstypische Ängste. Im Alter von 0 – 6 Monaten entwickeln sich Ängste aufgrund von intensiven sensorischen Reizen, zu lauten Geräuschen oder durch den Verlust von Zuwendung (In-Albon, 2011, S. 16). Eine Angst in diesem Alter zeigt sich durch Regulationsstörungen wie Fütterstörungen, Schlafstörungen oder exzessives Schreien. Im Alter von 6 – 24 Monaten könnten sich Bindungsstörungen, welche durch fremde Gegenstände oder Menschen, Trennungen oder das sogenannte „Fremdeln“, ausgelöst werden. Bei 2 – 4-jährigen Kindern können sich eine Trennungsangst oder spezifische Phobien, wie Dunkelheit oder Tiere, durch Phantasiekreaturen, potenziellen Einbrechern, Dunkelheit, das Alleinsein oder Tieren entwickeln. Generalisierte Phobien und spezifische Phobien (Naturgewalten, Fahrstuhlfahren, Blut, Spritzen, Tiere, …) sind vermehrt im Alter von 5 – 7 Jahren zu erkennen. Diese entstehen durch Naturkatastrophen, eigene Verletzungen, Tieren oder medienbasierte Ängste (Kruska, 2020, S. 25). Mit dem Schulalter nehmen Ängste vor Dunkelheit, Fremden oder Phantasiegestalten ab und Sozialängste, Ängste vor der Gesundheit und Ängste vor negativer Bewertung nehmen zu (Hartung & Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 87). Kinder zwischen 8 und 11 Jahren leider vermehrt unter Schulängsten, Prüfungsängsten oder generalisierten Ängsten, welche durch Leistungsversagen beim Sport, in der Schule oder am eigenen Körper auftreten. Zwischen 12 und 18 Jahren können dann soziale Ängste, Panikstörungen, Agoraphobien und generalisierte Ängste auftreten, die durch Ablehnung bei Gleichaltrigen, Beschämungen, Übergängen von Schule zur Ausbildung oder negativen Bewertungen zustande kommen (Kruska, 2020, S. 24 – 25).

Klinisch relevant werden Ängste erst, wenn sie übertrieben und unrealistisch sind, über eine gewisse Zeit andauern und zu einer eindeutigen Beeinträchtigung führen beziehungsweise eine normale Entwicklung gefährden (Hartung & Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 87). Als Fazit kann man sagen, dass eine Angst erst dann krankhaft ist, wenn das Leben eines Kindes und dessen Entwicklung beeinträchtigt ist und das Kind diese Angst schon über einen längeren Zeitraum sehr belastet (In-Albon, 2011, S. 17).

3.2. Die drei Ebenen des Angsterlebens

In der Literatur sind folgende Ebenen aufgelistet: Die physiologische Ebene, die kognitive Ebene und die motorische Ebene. In den nachfolgenden Abschnitten werden die drei Ebenen des Angsterlebens genauer beschrieben.

3.2.1. Physiologische Ebene

Es sind etwa dreiviertel der Angstsymptome körperlich, weswegen viele Menschen glauben, sie seien körperlich krank. Verschiedene Beschwerden, wie Schwindel, beschleunigte Atmung, Schwitzen, Übelkeit, Herzrasen oder andere vegetative Symptome können während eines Angstanfalls auftreten. Diese Empfindungen sind jedoch harmlos, da sie beim Abklingen der Angst auch wieder zurück gehen. Auf Kinder und Jugendliche, können diese körperlichen Symptome alarmierend wirken. Betroffene denken, dass diese physiologischen Beschwerden sehr schlimm sind und befürchten häufig schwere Krankheiten oder sogar den Tod. Dadurch schaukeln sie ihre Angst nur noch weiter nach oben (Schmidt-Traub, 2015, S. 24). Das Angsterleben wird gleichermaßen wie das Stresserleben hormonell gesteuert. Wenn jemand in Gefahr ist, oder glaubt in Gefahr zu sein, werden vermehrt Stresshormone ausgeschüttet, vor allem Cortisol und Adrenalin. Durch diese Hormone wird der Körper auf maximale Leistungsbereitschaft gestellt, um kämpfen oder flüchten zu können falls nötig. Sobald die Gefahr weg ist und die Angst abklingt, spürt die Person eine Art Erschöpfung, die auch mehrere Stunden dauern kann (Schmidt-Traub, 2014, S. 183).

3.2.2. Kognitive Ebene

Mit Kognitionen sind Wahrnehmungen, Vorstellungen, Gedanken, Informations- und Aufmerksamkeitsprozesse gemeint, welche sich in unseren Köpfen abspielen. Unsere Kognitionen bestehen zwar meist aus Worten und Bildern, jedoch können wir auch Sinneswahrnehmungen, wie sehen, hören, riechen und schmecken erleben. Kognitionen gehen immer mit entsprechenden Gefühlen einher, weswegen sie sich auch gegenseitig beeinflussen. Somit können wir Gedanken und Vorstellungen direkt steuern, aber Gefühle nicht (Schmidt-Traub, 2015, S. 26).

Kognitive Prozesse sind immer mit entsprechenden Gefühlen und Empfindungen verbunden, egal ob sie unbewusst in einem Traum, oder im Wachzustand erlebt werden. Bei traurigen Erinnerungen kommt Trauer auf, bei leckeren Speisen läuft das Wasser im Mund zusammen, wenn ein schönes Wochenende bevor steht hat man Vorfreude, aber bei einer bedrohlichen Situation kommt Angst auf. Zudem steuern Kognitionen Gefühle und tragen zu einer Ausgeglichenheit, depressiver Stimmung oder ängstlicher Erregung bei (Schmidt-Traub, 2014, S. 184).

3.2.3. Motorische Ebene

Die Motorik bezieht sich auf Bewegungsabläufe. Während eines Angsterlebens können Hände und Beine zu zittern beginnen, oder sogar der gesamte Körper zu beben beginnen. Auch die Stimme kann etwas zittrig werden. Manchmal reagieren Personen in Panik auch aggressiv oder brüllen einen an. Auch schupsen kommt vor. Meistens laufen Angstpatienten ständig nervös herum, nur ganz wenige erstarren vor lauter Angst oder können sich nur noch kaum bewegen (Schmidt-Traub, 2014, S. 184). Zudem sind Symptome wie Wutanfälle, Daumenlutschen, Verstecken oder Davonlaufen typisch. Ruhiges Sitzen ist bei diesen Personen kaum möglich, stattdessen laufen sie auf und ab und würden am liebsten der Situation entfliehen. Nur bei wenigen ängstlichen Kindern kann eine Art Lähmung auftreten. In einer solchen Situation werden ihre Beine ganz schwer und sie erstarren. Hier ist konzentriertes Arbeiten, lockere Gespräche oder öffentliches Auftreten nur schwer oder gar nicht mehr möglich (Schmidt-Traub, 2015, S. 25 – 26).

3.3. Die Diagnose von Angststörungen

Angststörungen können von Psychotherapeuten, Psychologen und Ärzten diagnostiziert werden. Diese Diagnose wird nach dem weltweit gültigen Diagnoseschema von der WHO, dem sogenannten International Codex of Diseases, kurz ICD, eingeordnet. Früher wurde es in Deutschland bis 1999 und in Österreich bis zum Jahre 2000 unter ICD-9 eingeordnet, aber nur unter den Begriffen Angstneurose und Phobie. Unter Angstneurose verstand man Ängste ohne irgendwelche äußeren Auslöser, die entweder als Dauerzustand oder als

Angstanfall auftreten konnten. Die Phobie wurde als starke, abnormale Furcht vor gewissen Situationen/Objekten bezeichnet, die solche Gefühle sonst nicht hervorrufen würden (Morschitzky, 2004, S. 20).

Heutzutage ist das ICD-10 [5] das neue Diagnoseschema der WHO. Dabei handelt es sich um einen internationalen Kompromiss, der erstmals im Jahr 1990 veröffentlicht und 1992 leicht überarbeitet wurde. An seiner Ausarbeitung wirkten über 140 Mitgliedsstaaten mit. Das Kapitel V (F) beinhaltet die psychischen Störungen. Um sich dem amerikanischen Diagnoseschema anzunähern, hat man bewusst das ICD-10 erstellt, welches jedoch nicht dessen Präzision und Klarheit entsprach. Die Amerikaner haben ein viel stärker an den Kriterien angelehntes Diagnoseschema (DSM-IV), welches auf den Forschungsergebnissen einer psychiatrischen Diagnostik beruht (Morschitzky, 2004, S. 23).

Anführungen im ICD-10:

Im ICD-10 wird zwischen den emotionalen Störungen im Kindesalter, den phobischen Störungen und anderen Angststörungen unterschieden.

Unter F93 findet man die emotionalen Störungen im Kindesalter, die eine Verstärkung von normalen Entwicklungen darstellen und keine eigenständigen und qualitativ abnorme Phänomene. Für die Unterscheidung zwischen den emotionalen Störungen in der Kindheit und den neurotischen Störungen ist die Entwicklungsbezogenheit ein diagnostisches Schlüsselmerkmal. Unter F93.0 wird die emotionale Störung mit Trennungsangst im Kindesalter angeführt. Bei F93.1 findet man die phobischen Störungen im Kindesalter und bei F93.2 die Störung sozialer Ängstlichkeit bei Kindern.

Unter F40 werden im ICD-10 die phobischen Störungen angegeben. Hier findet man die Agoraphobie unter F40.0. Ohne einer Angabe für eine Panikstörung muss man unter F40.00 suchen und für die Agoraphobie mit Panikstörung unter F40.01. Die soziale Phobie wird im ICD-10 unter F40.1 angeführt und die spezifische (isolierte) Phobie unter F40.2. Hierzu zählen auch die Tierphobie, die Klaustrophobie oder auch die Akrophobie und die einfache Phobie. Dann gibt es noch die sonstigen phobischen Störungen, die unter F40.8 angeführt werden, und die phobischen Störungen, die nicht näher bezeichnet werden, welche man unter F40.9 findet.

Die anderen Angststörungen sind unter F41 angeführt. Dazu zählen Panikstörungen (F41.0), generalisierte Angststörungen (F41.1), Angst mit depressiven Störungen gemischt (F41.2), andere gemischte Angststörungen (F41.3), sonstige spezifische Angststörungen (F41.8) und Angststörungen, die nicht näher bezeichnet werden (F41.9) (Krollner & Krollner, 2025).

Die Diagnose einer Angststörung beinhaltet mehrere Schritte. Zuerst muss abgeklärt werden, ob es sich um eine normale oder pathologische Angst handelt. Danach werden körperliche Ursachen ausgeschlossen, genauso wie eine andere psychische Erkrankung, die als einzige Ursache für die Angst zuständig sein könnte. Als weiteren Schritt wird zwischen objekt- oder situationsunabhängiger Angst (generalisierte Angststörung, Panikstörung) unterschieden oder zwischen objekt- oder situationsabhängiger Angst (Phobien). Dann werden noch der Verlauf einer Angstsymptomatik und die auslösenden Objekte/Situationen, falls welche vorhanden sind, analysiert (Morschitzky, 2004, S. 19). Im Kindes- und Jugendalter gibt es unterschiedliche Ausprägungen, die dann mit Diagnosen wie Trennungsangst, soziale Phobie, spezifische Phobie, Agoraphobie, Panikstörung und generalisierte Angststörung beschrieben werden. Jedoch werden auch diese Diagnosen, genau wie alle anderen Diagnosen nicht genaustens voneinander abgegrenzt. Es sind allgemeine Beschreibungen, die zeigen, welche Symptome oft gemeinsam auftreten. Genau das ist für eine*n Therapeuten*in wichtig zu wissen, weil es einen Fragehorizont damit eröffnet. In Wirklichkeit überschneiden sich aber einzelne Angststörungen in über 50% der Fälle. Viele Kinder und Jugendliche zeigen Anzeichen verschiedener Angststörungen gleichzeitig. Außerdem kommen oft weitere psychische Probleme dazu, wie zum Beispiel depressive Störungen (Rotthaus, 2021, S. 22). Abschließend kann man sagen, dass die Diagnostik von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen wissenschaftlich nicht so abgesichert ist, wie bei Erwachsenen. Daher orientiert man sich heutzutage mehr an der Diagnostik für Erwachsene (Schmidt-Traub, 2015, S. 30).

3.4. Epidemiologie und Verlauf einer Angststörung

Die meisten Übersichtsarbeiten zur Verbreitung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zeigen, dass etwa 20 % im Laufe ihres Lebens betroffen sind. Trotz unterschiedlicher Methoden in den Studien lassen sich diese Ergebnisse als relativ einheitlich ansehen. Auch eine neue Studie aus den Vereinigten Staaten von Amerika mit 10.123 Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren bestätigt dies. Sie fanden heraus, dass 22,2 % der Teilnehmer*innen eine psychische Störung hatten. Man kann deswegen davon ausgehen, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt etwa jedes fünfte bis zehnte Kind von einer psychischen Störung betroffen ist. Bei den Angststörungen liegt der mittlere Wert der in den Studien erfassten Häufigkeit bei 10,4 %, je nach Zeitraum. Damit gehören Angststörungen zu den am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Je nach Alter treten verschiedene Angststörungen unterschiedlich häufig auf. Bei Vorschulkindern kommt die Trennungsangst am häufigsten vor. Im Jugendalter nehmeStn soziale Phobien und generalisierte Angststörungen zu. Die Panikstörung ist bei Kindern und Jugendlichen eher selten und betrifft weniger als 1% im Laufe ihres Lebens. Untersuchungen zum Beginn von psychischen Störungen zeigen, wie wichtig die Kindheit für die seelische Gesundheit ist. Studien, sowohl rückblickende als auch vorausschauende, deuten darauf hin, dass die Hälfte aller psychischen Erkrankungen vor dem 14. Lebensjahr beginnen. In einer Befragung von 9.282 Erwachsenen lag das mittlere Alter beim ersten Auftreten von Angststörungen bei 11 Jahren. Spezifische Phobien und Trennungsangst begannen im Schnitt bereits schon mit sieben Jahren. Bei der sozialen Phobie lag der mittlere Beginn bei 13 Jahren. Andere Angststörungen traten durchschnittlich zwischen 19 und 31 Jahren erstmals auf. Im Vergleich dazu beginnen Störungen durch Substanzkonsum oft später und haben eine größere Altersspannweite. Eine weitere Untersuchung zeigte, dass die Hälfte der 26-Jährigen mit einer aktuellen psychischen Störung bereits im Alter von 11 bis 15 Jahren betroffen waren. Mehrere Studien zeigen, dass Angststörungen oft von der Kindheit bis ins Jugend- und Erwachsenenalter bestehen bleiben. Spannend sind auch die Ergebnisse der Mannheimer Kurpfalzstudie, die die zeitliche Entwicklung und die Unterschiede zwischen Buben und Mädchen untersucht hat. Bei externalisierenden Störungen zeigten Jungen in

der Grundschule und im Erwachsenenalter häufiger Auffälligkeiten als Mädchen. Im Jugendalter war dieser Unterschied jedoch nicht zu sehen. Bei internalisierenden Störungen zeigten Frauen erst im jungen Erwachsenenalter höhere Werte. Die Zürcher Längsschnittstudie, die über 15 Jahre lief, fand nur eine geringe Stabilität (4 %) bei reinen Angststörungen, wie der generalisierten Angststörung und der Panikstörung. Bei der sozialen Phobie erfüllte niemand nach dem ersten Auftreten dauerhaft die Diagnosekriterien. In der EDSP-Studie (Early Developmental Stages of Psychopathology Study) zeigten sich große Unterschiede je nach Art der Angststörung. Am stabilsten waren die spezifische Phobie (30,1 %) und die Panikstörung (44 %). Weniger stabil zeigten sich die Agoraphobie (13,4 %) und die soziale Phobie (15,8 %). Neben den Häufigkeiten von Angststörungen zeigen Studien auch deutlich, dass psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter meist nicht einfach verschwinden, stattdessen stellen sie ein großes Risiko für weitere psychische Störungen dar. Der Verlauf von Angststörungen ist dabei besonders gut erforscht. Mehrere Untersuchungen belegen, dass frühe Angststörungen oft Vorläufer anderer Probleme sind, wie etwa weiterer Angststörungen, depressiver Erkrankungen, Abhängigkeit von Substanzen oder chronischer Schmerzen. Vor allem Kinder mit Phobien oder starker Ängstlichkeit haben ein deutlich höheres Risiko, später an einer schweren Depression zu erkranken. Jugendliche mit Angststörungen entwickeln nicht nur häufiger im Erwachsenenalter weitere psychische Probleme, wie zum Beispiel den Drogenmissbrauch, sondern sind auch öfter in der Schule benachteiligt und zeigen suizidales Verhalten. Angststörungen gelten zudem als Risikofaktor für körperliche und gesundheitliche Beschwerden, soziale Probleme und Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen (In-Albon, 2011, S. 18 – 24).

Morschitzky (2004, S. 176) fasst die Daten von Angststörungen folgendermaßen zusammen. Er schreibt, dass sich anhand von zwei Befragungen herausgestellt hat, dass 9% in Deutschland an einer Angststörung leiden. Außerdem fand er heraus, dass Panik- und Angststörungen bei Frauen am häufigsten auftreten, bei Männern diese psychischen Störungen aber nur die zweithäufigsten sind. Zudem lässt sich sagen, dass Angststörungen bei Frauen (30,5%) häufiger in ihren Lebensverläufen auftreten als bei Männern (19,2%). Klinische Stichproben sagen, dass die

Agoraphobie die häufigste Angststörung ist, gefolgt von der sozialen Phobie (Morschitzky, 2004, S. 176).

4. Phobien im Kindes- und Jugendalter

In folgenden Abschnitten werden verschiedene Arten von Phobien näher beschrieben. Ich möchte mich speziell der Agoraphobie, der sozialen Phobie und der spezifischen Phobie widmen.

4.1. Agoraphobie

Das Wort Agoraphobie setzt sich aus den zwei griechischen Wörtern „agora“ und „phobos“ zusammen. „Agora“ bedeutet so viel wie „öffentlicher Platz“ und „phobos“ bedeutet übersetzt „Furcht“ (Rotthaus, 2021, S. 42). Ursprünglich bedeutete der Begriff Agoraphobie, dass man Angst vor Menschenansammlungen, aber auch freien Plätzen hat. Mittlerweile bezeichnet der Begriff eine starke Angst vor Situationen, wo es nicht möglich ist zu flüchten oder auch keine Hilfe geholt werden kann, im Falle einer panikartigen Angst. Im Gegensatz zur spezifischen Phobie meiden Betroffene einer Agoraphobie mehr als nur eine Situation, die ängstlich erscheint. Zudem gibt es oft charakteristische Muster, an denen man erkennt vor welchen Situationen jemand Angst hat und deshalb diese Situation vermeiden möchte. Bei Kindern und Jugendlichen könnten das allein zu Hause sein, Menschenmengen, Fahrstühle, Supermärkte oder die öffentlichen Verkehrsmittel eine solche Situation sein (Schmidt-Traub, 2015, S. 34). Zudem fühlen sich Kinder mit agoraphobischen Ängsten oft desorientiert und verloren (Schmidt-Traub, 2017, S. 18). Menschen mit Agoraphobie fürchten in erster Linie die Katastrophenvorstellungen, die hinter ihrer Angst stehen, wie etwa Ohnmacht, körperliche Erkrankung, Tod, verrückt zu werden oder das negative Urteil anderer. Diese Befürchtungen sind ihnen häufig nicht bewusst. Zudem verspüren sie eine starke Angst vor panikartigen Zuständen, besonders vor körperlichen Angstsymptomen wie Schwindel, Übelkeit oder Herzrasen, und davor, deren vermeintlich gefährlichen Auswirkungen nicht beherrschen zu können. Manchmal

fürchten sie sich auch, wenn sie irgendwo eingeengt werden, beispielsweise wenn sie in einem vollbesetztem Kino in der Mitte einer Reihe sitzen. Teilweise können sie oft gar nicht erklären, was sie denken, dass ihnen passiert, jedoch haben sie Angst davor, dass sie sich nicht gleich retten können. Daher vermeiden sie genau solche Situationen, was ihnen einen kurzfristigen Erfolg schafft, doch dieser ist nur trügerisch, weil die Angst dadurch langfristig gesehen nur noch stärker wird (Schmidt-Traub, 2015, S. 34 – 35). Irrtümlicherweise denken Kinder und Jugendliche, dass sie sich mit dem Vermeiden von ängstlichen Situationen schützen. Dies nennt man ein Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten. Jedoch trägt dieses Denken zur Aufrechterhaltung einer Agoraphobie bei. Insgesamt kann man sagen, dass das Durchschnittsalter für eine Agoraphobie bei 17 Jahren liegt und es zwischen 25 und 29 Jahren zu einem zweiten Ausbruch kommen kann. Jedoch ist es bei Kindern eher selten, was aber auch daran liegen kann, dass sich Kinder schwer tun, Angstsymptome zu beschreiben. Trotzdem kann diese Angst den Alltag sehr einschränken, da Betroffene sehr an ihr zu Hause gebunden sind und somit der Berufs- und Schulalltag sehr schwer zu meistern sein kann. Man kann es somit auch bei Jugendlichen erkennen, wenn sie von der Schule fernbleiben möchten (Schmidt-Traub, 2017, S. 18 – 20).

4.2. Soziale Phobie

Die soziale Phobie ist der sozialen Angst untergeordnet und die am stärksten ausgeprägteste (Melfsen & Walitza, 2013, S. 28). Sozial ängstliche Kinder und Jugendliche zeigen ein starkes Vermeidungsverhalten in Situationen, in denen sie sich beobachtet oder bewertet fühlen könnten, wie zum Beispiel beim Sprechen vor Gruppen, in Gesprächen mit Gleichaltrigen oder beim Essen in der Öffentlichkeit. Typisch sind Schüchternheit, körperliche Angstsymptome wie Zittern oder Erröten sowie der Rückzug aus sozialen Aktivitäten. Besonders belastend ist die Sorge, sich zu blamieren oder negativ aufzufallen, was zu einer Isolation im Schulalltag und Verzicht auf Freizeitkontakte führen kann. In schweren Fällen treten selektiver Mutismus (wahlweises Nichtsprechen) oder sogar Schulverweigerung auf. Die soziale Angst kann sich auch auf Leistungssituationen beziehen, etwa beim Referieren oder Schreiben an der Tafel (Schmidt-Traub, 2017, S. 23). Kinder und

Jugendliche, die sozial ängstlich sind, fürchten sich auch meist vor Erwachsenen, Gleichaltrigen oder außerfamiliären Menschen. Zudem führen sie oft negative Selbstgespräche, ziehen sich zurück und meiden soziale Kontakte, die zu viel Aufmerksamkeit und Kritik mit sich tragen würden. Vor allem zwischen 12 und 18 Jahren können depressive Verstimmungen, aber auch psychosomatische Beschwerden hinzukommen, genauso wie ein Suchtverhalten (Schmidt-Traub, 2015, S. 37). In den USA liegt die Einjahresprävalenz bei etwa 7 %, in Europa bei rund 2,3 %. Der Beginn der Störung liegt meist im Jugendalter, durchschnittlich mit 13 Jahren (Schmidt-Traub, 2017, S. 23). Melfsen & Walitza (2013, S. 29) meinen, dass man eine soziale Phobie schon bei achtjährigen Kindern feststellen kann. Zudem ist diese im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen eine, die besonders häufig auftritt (Melfsen & Walitza, 2013, S. 29). Jedoch haben Jugendliche häufiger eine soziale Angst als Kinder. Formen, wie die soziale Angststörung im Kindesalter, werden im DSM-5 nicht mehr separat geführt. Im ICD-10 wird sie als eine anhaltende Angst vor unbekannten Gleichaltrigen oder Erwachsenen angeführt. Jedoch muss die Angst schon seit mindestens 4 Wochen andauern und vor dem 6. Lebensjahr begonnen haben. Trotz mancher Überschneidungen wirken betroffene Kinder zwar gehemmt und leicht autistisch, unterscheiden sich aber deutlich von der Autismus-Spektrum-Störung, durch ein grundsätzlich vorhandenes soziales Interesse, ihren Kommunikationsfähigkeiten und der Empathie. Die Beeinträchtigung reicht von Hemmungen im Unterricht über soziale Ausgrenzung bis hin zu langfristigen psychischen Problemen (Schmidt-Traub, 2017, S. 23 – 24).

Schülerinnen und Schüler haben einige Sicherheitsverhaltensweisen, die dazu führen sollten, dass die Angst verringert wird und soziale Bedrohung abgewehrt werden kann. Folgende Punkte sind Beispiele für ein solches Verhalten:

- Sich der Mode anpassen
- Kleidung, die einen verstecken lassen kann, anziehen (weite Kleidung, Mützen, …)
- Essen wählen, welches unauffällig und leicht zu essen ist, ohne dass es bröselt oder tropft

- Die Hände vor das Gesicht halten
- Die Haare in das Gesicht fallen lassen
- Plätze, die wenig Aufmerksamkeit erregen, aussuchen
- Blickkontakt vermeiden
- Leise Sprechen
- Nur kurze Sätze bilden
- Sich erst melden, wenn schon jemand aufgerufen wurde
- Keine Fragen stellen
- Sätze in den eigenen Gedanken öfters überprüfen, bevor sie laut ausgesprochen werden
- Hände festhalten, damit sie nicht zittern
- Nicht bewegen, wenn möglich
- Sich zurückziehen (Melfsen & Walitza, 2013, S. 34 – 35).

4.3. Spezifische Phobie

Früher wurden Phobien oft nach ihrem Inhalt benannt, wobei viele unterschiedliche Begriffe entstanden sind, siehe Abbildung 2. Diese alten Bezeichnungen haben heute meist nur noch historischen Wert und tragen nichts zum besseren Verständnis bei. Man hat über 250 verschiedene Phobien beschrieben, deren Namen oft aus dem Altgriechischen stammen. Solche Listen richten sich jedoch nicht nach klar abgrenzbaren Krankheitsbildern (Morschitzky, 2004, S. 74).

Heutzutage sagt man, wenn Kinder und Jugendliche vor bestimmten Situationen, Objekten oder Tieren schreckliche Angst haben, obwohl keine Gefahr von außenstehenden Beobachtern erkennbar ist, dass diese dann unter einer spezifischen Phobie leiden. Situationen könnten beispielsweise die Dunkelheit sein und Objekte, zum Beispiel Spritzen. Bei Tieren sind Hunde ein gutes Beispiel. Betroffene versuchen solche Situationen zu vermeiden oder von ihnen zu flüchten. Bei Vorschulkindern sind häufig Tiere, Dunkelheit oder fremde Personen Inhalte einer spezifischen Phobie, jedoch bei Grundschulkindern eher Gewitter, Stürme und die Gefährdung der eigenen Sicherheit. Zwischen 12 und 17 Jahren sind vor allem Ängste vor Naturkatastrophen, engen Räumen, Tunnel, Brücken, Fahrstühle und

Tieren häufig. In Abbildung 3 werden Aussagen von Kindern und Eltern am Beispiel einer Tierphobie veranschaulicht. Wenn man die Kinder oder Jugendlichen darauf anspricht und nachfragt, merken sie oft, dass die Angstreaktion eigentlich übertrieben und unangemessen ist, aber diese Einsicht erleichtert sie trotzdem nicht. Während einer phobischen Reaktion kann es bei Kindern und Jugendlichen zu Bauchschmerzen, Zittern, Herzklopfen oder Schwitzen kommen. Dabei suchen vor allem Kinder Nähe zu ihren Erziehungsberechtigten, oder anderen Bezugspersonen, die Sicherheit vermitteln. Meistens klammern sich dann die Kinder an diese Personen, weinen viel oder sind wie gelähmt. Ein aggressives

Tab. 1: Auswahl spezifischer Phobien

Agoraphobie	Angst vor dem Überqueren eines freien Platzes (ursprüngliche Bedeutung)
Aichmophobie	Angst vor spitzen Gegenständen
Ailurophobie	Angst vor Katzen
Aiktiophobie	Angst vor scharfen, spitzen Instrumenten
Akrophobie	Angst vor Höhen
Algophobie	Angst vor Schmerz
Androphobie	Angst vor Männern
Aquaphobie	Angst vor Wasser
Arachnophobie	Angst vor Spinnen
Astraphobie	Angst vor Blitzen
Aviophobie	Angst vor dem Fliegen
Bakteriophobie	Angst vor Schmutz und Bakterien
Blaptophobie	Angst vor Verletzung anderer mit einem Messer oder spitzen Gegenstand
Brontophobie	Angst vor Donner
Carcinophobie	Angst vor Krebs
Dromosiderophobie	Angst vor Eisenbahnen
Dysmorphophobie	Angst vor körperlicher Entstellung
Emetophobie	Angst vor Erbrechen
Entophobie	Angst vor Insekten
Equinophobie	Angst vor Pferden
Erythrophobie	Angst vor Erröten
Gephyrophobie	Angst vor Brücken
Gynophobie	Angst vor Frauen
Gymnophobie	Angst vor Nacktheit
Herpetophobie	Angst vor Eidechsen, Reptilien, kriechenden, krabbelnden Tieren
Karzinophobie	Angst vor Krebserkrankung
Keraunophobie	Angst vor Gewittern
Klaustrophobie	Angst vor engen Räumen
Kynophobie	Angst vor Hunden
Melissophobie	Angst vor Bienen
Mysophobie	Angst vor Berührung, Schmutz, Bazillen, Ansteckung
Nyctophobie	Angst vor der Nacht
Ökophobie	Angst vor Umweltgiften
Ophidiophobie	Angst vor Schlangen
Phobophobie	Angst vor der Angst
Photophobie	Angst vor Licht
Pyrophobie	Angst vor Feuer
Skotophobie	Angst vor Dunkelheit
Thanatophobie	Angst vor dem Tod
Trypanphobie	Angst vor Blut und/oder Injektionen
Xenophobie	Angst vor Fremden
Zoophobie	Angst vor Tieren

Abbildung 2 (Morschitzky, 2004, S. 74)

Verhalten, wie lautes schreien, Wutanfälle oder um sich zu schlagen können ebenso phobische Reaktionen sein (Rotthaus, 2021, S. 35).

Beispiele für Äußerungen von Kindern	Beispiele für Äußerungen von Eltern	Klinische Symptomatik	Augenmerk (Cave!)
»Ich habe große Angst vor Hunden. An kleinen Hunden kann ich noch vorbeigehen, wenn Mama mich an die Hand nimmt. Aber bei großen Hunden geht das nicht!«	»Wenn unser Kind einen Hund sieht, will es auf den Arm und klammert sich heftig an uns. Kommt das Tier näher, dann beginnt unser Kind zu weinen und erstarrt völlig.«	anhaltende, wiederkehrende und übermäßige Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation	z. B. Tiere, Höhen, Donner, Flüge, kleine geschlossene Räume, Anblick von Blut oder Verletzungen, Injektionen, Zahnarzt- oder Krankenhausbesuche (bei Kindern kann sich die Furcht oder Angst durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Anklammern ausdrücken)
»Wenn ich einen großen Hund sehe, dann gehe ich auf die andere Straßenseite. Am liebsten bleibe ich aber gleich zuhause.« – »Eigentlich bin ich schon zu groß, um solche Angst zu haben. Aber wenn der Hund vor mir steht, ist mir das egal.«	»Unser Kind weigert sich, Verwandte zu besuchen, die einen Hund haben; selbst, wenn dieser im Nachbarzimmer eingesperrt ist. Auch in den Park können wir kaum noch gehen.«	führt zu deutlichen sozialen Beeinträchtigungen	z. B. Vermeidung solcher Objekte und Situationen, von denen keine reale Gefahr ausgeht – Situationen können mitunter zeitweise auch unter starker Angst und dem Bewusstsein, dass die Angst unverhältnismäßig ist, ertragen werden
»Mir ist dann ganz schlecht und schwindlig und ich hab Angst, ich könnte sterben – alles fühlt sich ganz komisch an.«	»Unser Kind zittert dann, atmet ganz schnell, wird blass im Gesicht und fängt an zu schwitzen.«	Angst wird erkennbar über unterschiedliche Symptome in den gefürchteten Situationen.	z. B. Herzklopfen, Zittern, Schwitzen, trockener Mund, Übelkeit, Atemnot, Schwindel, Angst zu sterben oder verrückt zu werden o. Ä.

Abbildung 3 (Kruska, 2020, S. 45 – 46)

Im ICD-10 kann man unter F40.2 die spezifische (isolierte) Phobie finden. Sie wird hier als eine Phobie beschrieben, die trotz der streng begrenzten auslösenden Situationen Panikzustände, wie bei einer Agoraphobie oder einer sozialen Phobie hervorrufen kann. Jedoch gilt diese Einordnung nur für das Jugend- und Erwachsenenalter. Die spezifische Phobie im Kindesalter findet man unter den emotionalen Störungen des Kindesalters. Hier wird sie unter F93.1 (Phobische Störung des Kindesalters) eingeordnet (Krollner & Krollner, 2025).

5. Psychosoziale Konsequenzen von Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter

Epidemiologische Studien weisen auf, dass Angststörungen oft gemeinsam mit anderen Formen psychischer Belastungen auftreten. Untereinander zeigen sie auch eine erhebliche Komorbidität auf. Je älter man wird, desto mehr nimmt die Komorbidität bei depressiven Störungen und Angststörungen zu. Hier treten Angststörungen aber häufiger als Depressionen auf. Bei externalisierenden Störungen, wie ADHS zum Beispiel, dürfen die Komorbiditätsraten nicht unterschätzt werden. In einer Studie aus Zürich kam zum Vorschein, dass 12,5% von 7 – 16-Jährige mindestens eine weitere komorbide Störung hatten, wovon die höchste Komorbiditätsrate bei den Angststörungen erkennbar war. Es zeigte sich eine deutliche Überschneidung zwischen Angststörungen und externalen Problembereichen wie ADHS oder oppositionellem Trotzverhalten sowie mit affektiven Störungen. So wiesen 60 % der Kinder und Jugendlichen mit einer Angststörung zusätzlich Kriterien für eine komorbide externale Störung auf. Umgekehrt erfüllten 83 % derjenigen mit einer primären externalen Störung auch die diagnostischen Merkmale einer Angststörung. In einer Jugendstudie aus Bremen sah man unter 1035 Personen, die zwischen 12 und 17 Jahre alt waren, eine niedrige Komorbiditätsrate bei einer Angststörung. Dafür war die Komorbidität von Angststörungen einhergehend mit anderen psychischen Störungen hoch (51%). Am häufigsten tritt aber eine Angststörung gemeinsam mit einer depressiven Störung auf. Jugendliche, die eine komorbide Angststörung haben sind stärker belastet als Jugendliche ohne komorbide Störungen, und suchen sich auch öfters Hilfe (In-Albon, 2011, S. 25).

Welche psychosozialen Konsequenzen sich daraus ergeben können, wird in den nachfolgenden Kapiteln erläutert.

5.1. Soziale Konsequenzen im schulischen Umfeld

„Die häufigste soziale Phobie im Kindes- und Jugendalter ist die *Schulphobie* [Hervorhebung durch den Verfasser].“ (Morschitzky, 2004, S. 93).

Die soziale Phobie hat hinsichtlich des schulischen Erfolges negative Einflüsse. Sie kann zum Beispiel durch eine starke Angst einen frühzeitigen Schulabbruch begünstigen (Schmitz & Asbrand, 2020, S. 25).
Zudem können noch weitere Ängste entstehen, die in den nachfolgenden Kapiteln näher beschrieben werden.

5.1.1. Prüfungsangst

Unter einer Prüfungsangst kann sich meist jeder etwas vorstellen. Sie ist aber keine definierte Störungskategorie, da in der Literatur keine einheitliche und verbindliche Definition vorliegt. Begriffe, wie „Leistungsangst“ und „Testangst“ werden ebenso hierfür verwendet. Die Prüfungsangst wird in den Klassifikationssystemen nicht als eine eigene Kategorie aufgeführt. Im DSM-5 wird sie als soziale Phobie angeführt und im ICD-10 als spezifische Phobie. Sie kann aber auch als eine generalisierte Angststörung klassifiziert werden (Melfsen & Walitza, 2013, S. 70).
Eine Prüfungsangst tritt häufig mit anderen sozialen Ängsten gemeinsam auf. Vor allem bei jüngeren Kindern macht sie sich immer mehr bemerkbar. Diese Kinder können während, aber auch vor einer Prüfung Angst empfinden. Auslöser einer solchen Angst ist weniger die Prüfung an sich, sondern vielmehr die gedankliche Einschätzung der Situation und die Befürchtung, zu scheitern. Das ist oft verbunden mit Sorgen, Versagensängsten und übertriebenen Vorstellungen von möglichst negativen Folgen. Diese Angst zeigt sich oft mit körperlichen Symptomen, wie beispielsweise Bauchschmerzen, Durchfall am Prüfungstag oder Übelkeit. Zudem sind Kopfschmerzen, Zittern, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Harndrang und Konzentrationsstörungen sehr häufig. Emotionale Symptome zeigen sich durch eine bedrückte oder besorgte Stimmung, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung. Zur Folge können Vermeidungsverhalten und Rückzugsverhalten des Schulbesuches sein. Sollte eine sehr stark ausgeprägte Prüfungsangst vorliegen, kann dies das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit eines Kindes sehr beeinträchtigen. Nur

wenn das vorliegt, kann diese psychische Störung auch diagnostiziert werden (Melfsen & Walitza, 2013, S. 40). Die Prüfungsangst ist ein sehr weit verbreitetes Problem, welches viele Kinder und Jugendliche betrifft. Kinder mit Prüfungsangst erbringen meist signifikant schlechtere Leistungen als die anderen Kinder ohne Prüfungsangst. Zudem sehen sie sich selbst als wenig bis kaum sozial kompetent, bringen eine sehr geringe Selbstachtung mit und sorgen sich meist mehr als andere. Man kann sagen, dass rund 50 % der Kinder mit einer Prüfungsangst die diagnostischen Kriterien für eine Angststörung erfüllen (Rotthaus, 2021, S. 44 – 45). In einer Studie von 2000 wurde ermittelt, dass 20 Prozent der Schüler*innen zwischen 8 und 18 Jahren häufig unter der Angst leiden, eine Prüfung nicht zu bestehen und 14 Prozent Angst vor negativen Noten haben. Schriftliche Arbeiten haben sich als angstbesetzter gezeigt als mündliche Prüfungen. Zudem wird gezeigt, dass Mathematik ein Fach ist, vor dem sich am meisten gefürchtet wird. Mädchen sind außerdem ängstlicher vor Prüfungen als Jungen, jedoch ist der Geschlechterunterschied hier nicht so stark ausgeprägt, wie bei anderen Ängsten (Melfsen & Walitza, 2013, S. 74).

In Abbildung 4 wird dargestellt, wie die Differenzialdiagnose bei einer Prüfungsangst abläuft.

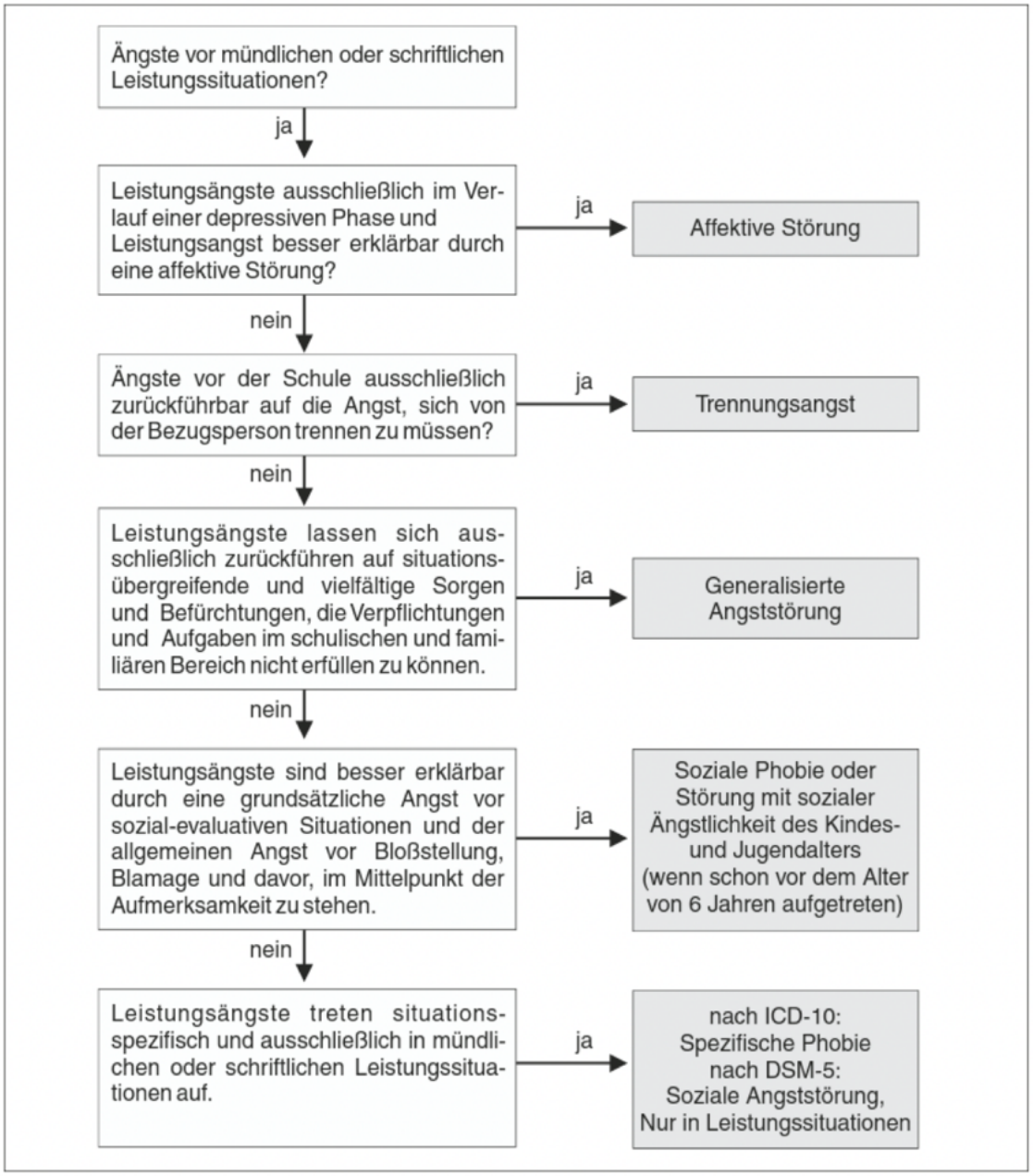

Abbildung 4 (Suhr-Dachs & Döpfner, 2015, S. 16)

In Tabelle 1 sind typische Aussagen von Kindern und Jugendlichen mit Prüfungsangst aufgelistet (Suhr-Dachs & Döpfner, 2015, S. 11).

Tab. 1

Aussagen von Kindern und Jugendlichen mit Prüfungsangst

Aussage 1	„Ich habe Angst davor, dass überraschend eine Klassenarbeit geschrieben wird.“

Aussage 2	„Wenn ich aufgerufen werde, und nach vorne kommen muss, habe ich immer Angst, dass ich etwas Falsches sage.“
Aussage 3	„Nach einer Klassenarbeit habe ich immer wieder das Gefühl, dass ich doch wieder so vieles falsch gemacht habe, was ich vorher konnte.“
Aussage 4	„Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, vergesse ich oft Dinge, die ich vorher gut gelernt habe.“
Aussage 5	„Manchmal ist mir so, als ob die anderen in der Klasse alles viel besser können als ich.“
Aussage 6	„Ich mache mir oft Sorgen, ob ich auch versetzt werde.“
Aussage 7	„Wenn mein Name fällt, habe ich sofort ein beklemmendes Gefühl.“
Aussage 8	„Wenn wir eine Klassenarbeit schreiben, weiß ich meistens schon von Anfang an, dass ich es doch nicht gut machen werde.“
Aussage 9	„Ich glaube, ich könnte in der Schule mehr leisten, wenn ich nicht so viel Angst vor Prüfungen und Arbeiten hätte.“
Aussage 10	„Schon wenn die Klassenarbeitshefte verteilt werden, bekomme ich starkes Herzklopfen.“
Aussage 11	„Manchmal wünschte ich, dass ich mir nicht so viel Sorgen über Klassenarbeiten machte.“

Aussage 12	„Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, mache ich oft Fehler, weil ich zu viel Angst habe. Wenn geprüft wird, bekomme ich jedes Mal ein komisches Gefühl im Magen.“
Aussage 13	„Vor Klassenarbeiten bin ich immer aufgeregt. Ich habe bei Prüfungen immer Angst, dass ich schlechte Zensuren bekomme.“

Anmerkung: Übernommen aus: Suhr-Dachs, L. & Döpfner, M. (2015). *Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ).* Hogrefe.

5.1.2. Schulangst

Der Ausdruck Schulangst wird umgangssprachlich als Sammelbegriff für unterschiedliche schulbezogene Ängste verwendet. Dazu gehören sowohl Befürchtungen im Hinblick auf soziale Interaktionen im Schulalltag als auch Ängste vor Leistungsanforderungen (Melfsen & Walitza, 2013, S. 59).
Eine soziale Angst kann auf unterschiedliche Arten eine Schulangst hervorrufen, siehe Tabelle 2 (Melfsen & Walitza, 2013, S. 57 – 58).

Tab. 2

Verschiedene Arten der Entstehung einer Schulangst

Anspannung durch soziale Angst	Soziale Ängste führen zu Anspannung und Erschöpfung, was zu einer Leistungsminderung führen kann.
Fehlertoleranz	Übermäßige Angst vor Fehlern und deren negative Interpretation. Misserfolge gelten als eigene Unfähigkeit und Erfolge als Zufall.

Selbstwertgefühl	Negatives Denken führt zu einem verringerten Selbstwert, was die Angst weiter verstärkt.
Leistungsdruck	Zu hoher Leistungsdruck kann sowohl Schulangst als auch Schulversagen verursachen.
Verlust der Lernmotivation	Durch Angst geht die Neugier verloren, die eigentlich das Lernen antreibt.
Soziale Positionskämpfe	Bereits in der ersten Schulstufe können Kämpfe um soziale Stellung in der Klasse Schulängste auslösen.
Mobbing	Mobbing kann ein direkter Auslöser für Schulangst bei sozial ängstlichen Kindern sein.
Lehrkraft als Auslöser	Lehrer*innen können durch ihr Verhalten oder ihrem Unterrichtsstil die Schulangst bei Kindern und Jugendlichen fördern. Wenn sich Kinder kaum melden, leise reden und Referate meiden, wird das oft von Lehrpersonen negativ bewertet und daher oft mit Demütigung und Herabsetzung verbunden.
Unterrichtsform und Schulkultur	Ein starker leistungs- und wettbewerbsorientierter Unterricht ist für sensible Kinder, die kein Durchsetzungsvermögen haben, besonders problematisch.

Art der Leistungskontrolle	Prüfungsformate und Leistungsbewertungen können Schulangst fördern. Ein zentrales Merkmal sozial ängstlicher Kinder besteht darin, dass sie ihre eigene Leistungsfähigkeit dann als geringer einschätzen, als sie tatsächlich ist.
Einfluss der Eltern	Eltern, insbesondere, wenn sie selbst sozial sehr ängstlich sind, können durch ihre Reaktionen die Entwicklung einer Schulangst verstärken.

Anmerkung: Adaptiert aus: Melfsen, S. & Walitza, S. (2013). *Soziale Angst und Schulangst. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln.* Beltz.

Insgesamt kann man sagen, dass der Begriff der Schulangst und der Prüfungsangst unter dem Begriff „nicht dissozialen Schulverweigerung“ zusammengenommen werden. Das bedeutet, dass die Eltern der Kinder wissen, dass ihr Kind zu Hause bleibt und eigentlich die Schule schwänzt. Wäre das nicht der Fall, wird der Begriff „dissoziales Schuleschwänzen“ verwendet, was bedeutet, dass die Eltern nicht darüber Bescheid wissen, dass ihr Kind gerade nicht in der Schule ist (Melfsen & Walitza, 2013, S. 59).

5.1.3. Schulverweigerung

Die Schulverweigerung kann aufgrund von Schulangst hinzukommen. In vielen Fällen ist diese eine Spielart der sozialen Phobie. Durch die Schulangst trauen sich dann viele Kinder und Jugendliche nicht in die Schule zu gehen und bleiben deswegen zu Hause, um der Angst vor den hohen Leistungsanforderungen, Blamagen, Schulpausen usw. zu entkommen. Auch Mobbing, Gewalt, das Versagen in der Schule oder der Schulweg kann sehr angsteinflößend für Kinder und Jugendlichen sein. Jedoch hat nicht jede*r Schulverweigerer*in soziale Ängste. In Deutschland bleiben ungefähr 5% der Schüler*innen vom Sachunterricht fern, aber nur ein Teil davon leidet wirklich unter einer Angststörung wie beispielsweise einer

Trennungsangst, Agoraphobie, sozialen Angst oder einer Panikstörung. Viele Schulverweigerer tragen oft andere Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen mit sich. Beispiele dafür sind Lern- und Arbeitsstörungen, Teilleistungsschwächen und Depressionen. Ein gewisser Teil der Schulverweigerer ist intellektuell überfordert und der andere Teil interessiert sich einfach mehr für andere Dinge, wie zum Beispiel durch die Stadt zu bummeln. Diese Personen nennt man aber dann Schulschwänzer. Eine Schulverweigerung kann durch einen Klassen- oder Schulwechsel, ein schlechtes Schulklima, zu große Klassen, viele auffällige Schüler*innen, Überforderung, zu hoher Leistungsanspruch von den Eltern, Trennung der Eltern, körperliche Erkrankungen, Ferien oder schlechte Familienverhältnisse ausgelöst werden. Meistens sind Schulverweigerer 13 bis 17 Jahre alt und an einer Haupt- oder Förderschule (Schmidt-Traub, 2015, S. 38 – 39).

5.2. Soziale Konsequenzen im familiären Umfeld

Kinder und Jugendliche, die Eltern mit Angststörungen haben, sind im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit psychisch gesunden Eltern öfter selbst von Angststörungen betroffen. Man konnte in einer Studie erkennen, dass diese Kinder ein neunmal so hohes Risiko für eine Angststörung haben, wenn die Eltern auch betroffen sind. Diese geben sie auch relativ spezifisch weiter. Bei einer Untersuchung an mehr als 1000 Jugendlichen konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Sozialphobie festgestellt werden. In einer weiteren Studie wurde festgestellt, dass Kinder eher internale Ängste wie Trennungsangst, übermäßige Sorgen oder den Rückzug aus sozialen Situationen entwickeln, wenn ein Elternteil unter einer Panikstörung mit agoraphobischen Symptomen leidet. Hatte die Bezugsperson stattdessen eine Tierphobie, zeigte sich bei den Kindern ein erhöhtes Risiko für äußere Angststörungen wie spezifische Phobien oder Agoraphobie. Genetische Studien legen nahe, dass vor allem Umweltfaktoren und nicht erbliche Einflüsse eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Angststörungen spielen. Ein Erziehungsstil der Eltern, der sich durch starkes Überbehüten oder kontrollierendes Verhalten sowie mangelnde emotionale Wärme und Feinfühligkeit gegenüber dem Kind auszeichnet, gilt als Risikofaktor für die Entstehung von Angststörungen. In der

Bremer Jugendstudie berichteten Jugendliche mit Angststörungen deutlich seltener von einer engen Bindung zu ihren Eltern als Jugendliche ohne solche Störungen (Rotthaus, 2021, S. 61 – 63).

Studien zu Geschwisterbeziehungen bei Angststörungen sind selten, doch Erkenntnisse aus der Forschung zu chronisch kranken Kindern zeigen, dass solche Situationen sowohl negative als auch positive Auswirkungen auf Geschwister haben können. Negative Folgen sind zum Beispiel erhöhte Angst, Depression oder Aggression, während positive Effekte wie mehr Selbstvertrauen, Empathie und Familienzusammenhalt beobachtet werden. Eine Studie zeigt, dass Geschwister von Kindern mit Angststörungen ihre Beziehung als konfliktreicher empfinden und weniger emotionale Wärme wahrnehmen. Beide Seiten üben mehr Kontrolle aus als in Familien ohne Angststörungen. Zudem berichten Kinder mit Angststörungen von mehr elterlicher Kritik und negativen Gefühlen. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass das ängstliche Verhalten der Kinder die Kritik der Eltern auslöst und diese somit die Angststörung verstärken kann. Daher wird empfohlen, Geschwister in die Therapie einzubeziehen oder präventiv zu unterstützen (Rotthaus, 2021, S. 32 – 33). Zwillingsstudien zeigen, dass eineiige Zwillinge, die gleiche Gene haben, öfter beide Angststörungen entwickeln, auch wenn sie getrennt aufwachsen. Zweieiige Zwillinge, die nur etwa 50 % der Gene teilen, zeigen weniger gemeinsame Ängste. Das weist darauf hin, dass eine genetische Veranlagung die Entstehung von Angststörungen teilweise begünstigt. In manchen Familien treten Ängste besonders häufig auf. Kinder und Jugendliche entwickeln eine Panikstörung oder Agoraphobie bis zu siebenmal häufiger, wenn ein Elternteil ebenfalls ängstlich ist. In einer Studie zeigten 83 % der Mütter von Kindern mit Trennungsangst oder Überängstlichkeit eine chronische Angststörung. Eltern mit Ängsten neigen dazu, ihren Kindern eher angstvermeidendes Verhalten vorzuleben als Strategien zur Bewältigung. Familien sind komplexe soziale Systeme, die sich schwer in Bezug auf Angstentstehung analysieren lassen. Dennoch steht fest, dass eine Angststörung eines Kindes das Familienleben stark belasten kann (Schmidt-Traub, 2015, S. 48 – 49).

5.3. Entwicklung komorbider Störungen

Wie schon am Kapitelanfang erwähnt, weisen Angststörungen in Verbindung mit anderen psychischen Störungen eine hohe Komorbidität auf.
Jedoch können auch mehrere Angststörungen untereinander gemeinsam auftreten. In Tabelle 3 kann man die Häufigkeiten des Auftretens mehrerer Angststörungen gut erkennen (Morschitzky, 2004, S. 181).

Tab. 3

Die Häufigkeit des Auftretens mehrerer Angststörungen und Phobien

	Agoraphobie	Spezifische Phobie	Soziale Phobie	Generalisierte Angststörung	Einfache Phobie
Personen mit Panikstörungen	21,6%	14,8%	10,9%	23,5%	
Personen mit gelegentlichen Panikattacken	35,8%		20,7%	41,5%	27%
Personen mit Agoraphobien		27%	23,3%	25,7%	
Personen mit generalisierten Angststörungen	19,8%	16%	13,3%		
Personen mit sozialen Phobien	46,5%	44,5%		34,4%	
Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen	22,6%		15,8%	19,5%	19,7%

Anmerkung: Adaptiert aus: Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe.* SpringerWienNewYork.

Im folgenden Kapitel möchte ich aber noch näher darauf eingehen, dass auch eine psychische Störung, wie Depressionen, zusammen mit einer Angststörung vorkommen können.

5.3.1. Angststörung und Depression

Nach einer Studie namens DEPRES, bei der über 78000 Menschen aus 6 europäischen Ländern teilgenommen haben, konnte man erkennen, dass bei ungefähr 70 Patient*innen eine Komorbidität von Angststörungen und Depressionen vorlag. Depressionen können jedoch nicht nur eine Begleitsymptomatik, sondern auch die Ursache oder eine Folge von Angststörungen sein. Als Folge treten sie oft auf, wenn Ängste nicht bewältigbar sind. Zudem gehören Angststörungen zu den häufigsten Risikofaktoren von sekundären Depressionen. Personen mit primären Angststörungen haben ein 7 bis 12 mal so hohes Risiko, dass sie später an einer Depression erkranken. Jedoch verstärkt die Depression nur die Angststörung und behindert zudem die psychosoziale Integration. Auch eine Spontanheilung wird durch eine Depression verschlechtert. Man kann sagen, dass ca. 32 bis 50% aller Panikpatient*innen im Laufe ihres Lebens eine Depression entwickeln. Das Ausmaß der depressiven Folgeerkrankungen kann sich aber je nach Angststörung unterscheiden. Bei generalisierten Angststörungen und Panikstörungen treten Depressionen lebenszeitlich am häufigsten auf. Bei sozialen Phobien sind Depressionen die häufigste Folge- oder Begleitsymptomatik. Bei 90% sind Panikattacken vor dem Auftreten einer Depression erkennbar gewesen. Außerdem folgen auf Panikstörungen häufiger depressive Episoden als bei anderen Angststörungen. Bei über zwei Dritteln aller Personen mit mehreren psychischen Erkrankungen steht die Angstsymptomatik an erster Stelle. Die Depression entwickelt sich häufig erst Jahre später als Folge. Bei nahezu allen deutschen Betroffenen mit Panikstörung und Agoraphobie, die im Laufe ihres Lebens zusätzlich eine Depression entwickelten, folgte diese auf die Angstproblematik. Nur bei rund 10% der mehrfach Erkrankten ging die Depression der Angststörung voraus. Man kann sagen, dass nur 20% der Angststörungen reine Störungen sind (Morschitzky, 2004, S. 182).

6. Therapiemöglichkeiten und Übungen zur Selbsthilfe bei Angststörungen

Die Konfrontation ist eine Vorgehensweise, die besonders wichtig für den Abbau von Ängsten ist. Das Ziel einer Angstkonfrontation ist es, sich immer wieder der Angst zu stellen, egal ob Trennungsangst, traumatische Angst, generalisierte Angst oder anderes. Dadurch wird versucht sich an die Angst zu gewöhnen, um sie schlussendlich erfolgreich zu bewältigen. Die Situation sollte so lange ausgehalten werden, bis die Angst abnimmt und langsam verschwindet. Kleinere Kinder brauchen dabei viel Unterstützung, denn vor allem zwischen 7 und 8 Jahren ist eine Konfrontation besonders bedeutsam, da sie durch ihre unvollkommene Reife noch nicht gut an ihren Angstvorstellungen und Gedanken arbeiten können. Zudem ist es wichtig, Kinder bei Konfrontationen zu begleiten, weil sie sich alleine kaum trauen. Außerdem kann dem Kind dabei geholfen werden, wenn man sie ablenkt und auf Dinge aufmerksam macht, die keinen Zusammenhang mit der Angst aufweisen. Wichtig ist jedoch nur kleine Schritte zu gehen, sodass die Kinder nicht gleich völlig überflutet werden. Man sollte dem Kind dabei eine freundliche Zuwendung schenken und sie dabei begleiten immer größere Schritte zu wagen. Körperkontakt kann vor allem bei Kleinkindern ein sehr wirksames Beruhigungsmittel sein, jedoch sollte man allmählich mit dem Trost und dem Beschützen zurückfahren, damit das Kind auch lernt alleine die Angst zu bewältigen (Schmidt-Traub, 2015, S. 63).

Da Kinder nicht nur als kleine Erwachsene gelten, kann eine Therapie für Erwachsene und für Kinder ganz unterschiedlich aussehen. Je jünger die Kinder sind, desto eher werden auch ihre Eltern miteinbezogen. Bei Jugendlichen gilt dann schon die Schweigepflicht des Therapeuten, mit Ausnahme von Äußerungen von Selbst- oder Fremdverletzung. Der Aufbau einer vertrauten Beziehung ist besonders wichtig. Manchmal kann es sogar so sein, dass das Kind selbst keine Therapiemotivation aufbringt, weil es keinen Bedarf sieht. Sie sehen die Therapie sogar oft als Bestrafung für ihr schlechtes Verhalten. Kinder verstehen oft nicht, was eine Psychotherapie ist und wie sie abläuft. Kinder und Jugendliche werden meist der Therapie zugewiesen, nicht wie bei Erwachsenen, die sich selbst für die Therapie entscheiden und sich selbst dafür anmelden. Therapieerwartungen zu

besprechen, verringert eine frühzeitige Therapiebeendigung, genauso wie einen Therapiemisserfolg. Studien zeigen, dass die Beziehung durch das Besprechen von Therapieerwartungen beeinflusst werden kann, vor allem dann, wenn diese realistisch sind (In-Albon, 2011, S. 117 – 118). Für eine Behandlung von Angststörungen, wird am häufigsten auf eine Verhaltenstherapie zurückgegriffen. Sie wird vor allem deswegen empfohlen, weil viele Betroffene, ca. 90%, nach Absetzung der Medikamente rückfällig werden (Morschitzky, 2004, S. 371).

6.1. Verhaltenstherapie

„Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüftem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben.“ (In-Albon, 2011, S. 116).

Die kognitive Verhaltenstherapie ist die derzeit am wirksamsten und am besten überprüfte Therapie von Angststörungen. Und das sowohl im Erwachsenenalter wie auch im Kindes- und Jugendalter. Diese Therapieform hat verschiedene Grundprinzipien. Sie basiert auf Erkenntnissen der empirisch fundierten Psychologie und ist problemorientiert, zielorientiert, handlungsorientiert, transparent und soll eine Hilfe zur Selbsthilfe darstellen. Zudem bemüht sie sich, sich ständig weiterzuentwickeln und findet nicht ausschließlich im therapeutischen Rahmen statt. Außerdem besagt ein Grundprinzip, dass die Verhaltenstherapie prädisponierende, auslösende sowie aufrechterhaltende Bedingungen von Problemen berücksichtigt. Dazu gelten als Basisfertigkeiten der Therapie die Motivationsarbeit, die Beziehungsgestaltung und die Gesprächsführung. Diese Fertigkeiten sind Voraussetzung für eine Anwendung störungsübergreifender und störungsspezifischer Verfahren (In-Albon, 2011, S. 116 – 117). Die Psychotherapie in der Verhaltenstherapie wird zeitlich begrenzt. Sie sollte so kurz wie nur möglich sein, aber auch so lange sein, wie nötig. Verhaltenstherapeuten bevorzugen daher eher kürzere Therapien. Man kann aber sagen, dass sie durchschnittlich 20-80 Stunden umfasst. Sollte die Angstbewältigungstherapie erfolgreich sein, dann ist

diese meist nach 15-50 Stunden abgeschlossen. Jedoch gilt als Beendigung keine bestimmte Stundenzahl, sondern die rasche und effektive Zielerreichung. Verhaltenstherapeuten bieten aber auch bei Bedarf Langzeittherapien an mit höheren Stundenzahlen. Das könnte beispielsweise bei chronischen Krankheiten, wie Krebs oder Schizophrenie, der Fall sein (Morschitzky, 2004, S. 373).
Das Vorgehen in der Verhaltenstherapie basiert auf drei Säulen:

- Eine detaillierte Problemanalyse: Genaues Ermitteln der Störungen und Probleme, untersuchen potenzieller Auslöser und die Betrachtung des derzeitigen Umfeldes.
- Die individuelle Zielbestimmung: negative und positive Formulierungen, wie was nicht mehr sein sollte oder was man genau erreichen sollte.
- Die konkrete Therapieplanung: Gemeinsam mit dem/der Patient*in (Morschitzky, 2004, S. 377).

6.2. Medikamentöse Behandlung bei Angststörungen

Bei sehr schwerfälligen Angststörungen, insbesondere zusammen mit Zwangsstörungen oder depressiven Episoden, wird neben der Psychotherapie auch der Einsatz von bestimmten Antidepressiva empfohlen. Ziel ist es trotzdem möglichst schnell und medikamentenfrei die Angst zu bewältigen. In besonderen Fällen, wie entscheidenden Vorstellungsgesprächen, der Sicherung des Berufes, das Ermöglichen eines Urlaubes etc., können aber auch bestimmte Beruhigungsmittel für eine gewisse Zeit verschrieben werden (Morschitzky, 2004, S. 371). Das am häufigsten verschriebene Beruhigungsmittel haben den Wirkstoff Benzodiazepine. Diese sind in den 1960er Jahren erstmals verwendet worden. Diese Mittel wirken sehr schnell und haben wenige Nebenwirkungen. Jedoch kann nach 4-6 Wochen eine große Abhängigkeitsgefahr auftreten, wenn sie regelmäßig eingenommen werden. Grundsätzlich schirmen sie übermäßige Reize im limbischen System ab und lindern die Reaktion. Benzodiazepine wirken Angst lösend, antipanisch, antiaggresiv, hypnotisch, muskelentspannend, krampflösend und emotional sedierend und dämpfend. Sie wirken nach ungefähr 20 Minuten und den Spitzenwert erreichen sie nach einer halben Stunde bis zwei Stunden nach der Einnahme. Es gibt kurz wirksame Benzodiazepine, mittellang wirksame

Benzodiazepine und lang wirksame Benzodiazepine. Die kurz wirksamen Benzodiazepine halten nur 5 Stunden an, wohingegen die mittellang wirkenden 5 bis 24 Stunden anhalten können. Diese haben jedoch den Nachteil, dass sie bei einer zu hohen Einnahme eine Wirkungserhöhung oder sogar eine drohende Überdosierung aufweisen. Die langanhaltenden Benzodiazepine wirken über 24 Stunden. Jedoch können hier schnell leichte Begleiterscheinungen auftreten, die nicht verharmlost werden dürfen. Beispiele sind Orientierungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Benommenheit, Erinnerungslücken, Reaktionszeit-verlängerung, Bewegungsunsicherheit und Muskelerschlaffung. Wichtig ist, dass die Betroffenen gut über die Wirkungsweisen informiert werden und Möglichkeiten, Gefahren und Grenzen der Pharmakotherapie besprochen werden (Morschitzky, 2004, S. 573 – 581).

6.3. Selbsthilfe bei Angststörungen

Um die Angst selbst bewältigen und überwinden zu können, müssen wichtige Schritte vorgenommen werden (Schmidt-Traub, 2015, S. 136 – 137).

Tab. 4

Schritte zur selbstständigen Angstbewältigung

Schritt 1	Angst beobachten	Angst muss besser kennengelernt werden. Die Angst davor, sich in die angstauslösende Situation zu begeben, ist stets größer als die Angst, die letztlich in der Situation selbst empfunden wird.
Schritt 2	Sich der Angst stellen	Wenn mehrere Ängste vorhanden sind, soll zuerst mit der leichtesten begonnen werden. Man soll kleine Schritte wählen und versuchen diese alleine zu gehen. Man sollte versuchen, sich davon zu überzeugen, dass die gefürchtete Katastrophe nicht eintritt.

Schritt 3	Hilfe von Konzentrationslenkung	Durch die Ablenkung kommt man von seinen Angstgedanken weg. Die Konzentration sollte auf andere Dinge gelenkt werden, die nichts mit der Angst zu tun haben.
Schritt 4	Vieles alleine erledigen	Man soll versuchen so gut es geht alles selbstständig und alleine zu planen und zu erledigen.
Schritt 5	Sich mehr behaupten	Es ist auch vorteilhaft, wenn man lernt, sich gegenüber anderen durch faire Mittel entschiedener durchzusetzen.
Schritt 6	Gesundes Verhalten	Gesundes Essen und Sport helfen, die Angst zu überwinden. Gesundheitsschädliche Stoffe sollten gemieden werden. Genügend Schlaf zählt ebenso dazu. Zudem sollte der Spaß nicht zu kurz kommen. Dinge tun, die einem Spaß machen, kann bei der Angstbewältigung helfen.
Schritt 7	Zukunft planen	Dieser Schritt ist wichtig, damit man sich auf die Zukunft freuen kann und man weiß, wohin man möchte und wofür man seine Angst bewältigen möchte.

Anmerkung: Adaptiert aus: Schmidt-Traub, S. (2015). *Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter. Ein Ratgeber für Kinder, Jugendliche, Eltern und Erzieher.* Hogrefe.

Um die Angst wirklich selbstständig bewältigen zu können, darf man niemals aufgeben und nicht tatenlos bleiben, sondern sich immer versuchen gegen die Angst zu wehren. Sich genau zu dokumentieren, wann die Angst auftritt und wie der weitere Verlauf aussieht, ist sehr wichtig. Für die Dokumentation sollte eine Art Tabelle verwendet werden, wie bei dem Beispiel in Abbildung 5 bei dem unter einer Höhenangst gelitten wird (Schmidt-Traub, 2015, S. 137 – 138).

1. Wochentag, Datum	2. Dauer (in Minuten/Stunden), Uhrzeit	3. Was machst du gerade? (Situation)	4. Womit fängt deine Angst an? (z. B. Druck im Bauch, Luftnot, Herzrasen)	5. Wie heftig ist deine Angst? 1–10 (von schwach bis Panik)	6. Was sind deine Angstgedanken?	7. Was machst du daraufhin?
Sonntag, 28.1. 2010, gegen 12.30	Etwa 8 Minuten	Bin mit meinen Eltern und deren Freunden auf dem Fernsehturm	Unruhe, Schwindel, Kopfsausen, Zittern, Herzklopfen, mir wird speiübel	8—9	„Ich kippe gleich um!“; „Ich stürze runter!“; „Kein Arzt ist da!“	Ich hab meine Eltern gezwungen, sofort mit mir nach unten zu gehen

Abbildung 5 (Schmidt-Traub, 2015, S. 138)

So eine Tabelle, kann auch wie oben in der Tabelle 4 erklärt, für den Schritt 1 verwendet werden. Es kann aber auch ein Tagebuch über die ganze Woche geführt werden, wie in Abbildung 6 gezeigt wird.

M03 **Detektivbogen – Wann hatte ich diese Woche Angst?**[3]

Datum: von _____ bis _____

Sei dein eigener Detektiv und beobachte dich diese Woche selbst!

Welche Situationen sind schwierig? Wann kannst du die drei Arten der Angst bei dir beobachten? Trage die Situationen in die Liste ein.

Was ist geschehen? (Situation)	Was ging in meinem Körper vor?	Was habe ich gedacht?	Wie habe ich mich verhalten? (Vermeidungsverhalten)	Wie hoch war meine Angst? (0-10)

Abbildung 6 (Büch, Döpfner & Petermann, 2015, S. 158)

Zudem gibt es auch verschiedenste Übungen, die man selbstständig durchführen kann, um seiner Angst besser entgegenzuwirken.

6.3.1. Progressive Muskelentspannung

1929 veröffentlichte Edmund Jacobson, ein amerikanischer Physiologe, nach ungefähr 20-jähriger Forschung sein Modell der progressiven Muskelentspannung. Er hatte herausgefunden, dann sich Muskeln viel besser entspannen können, wenn die davor einmal kräftig angespannt wurden. Angstpatient*innen bekommen durch eine kurzfristige maximale Muskelanspannung eine darauffolgende Muskelermüdung, die wiederrum als Entspannung wahrgenommen wird. Um eine längere Wirkung zu erzielen, muss dieser Vorgang öfter durchgeführt werden. Bei der Übung werden also kurz gezielte Muskelgruppen angespannt und anschließend wieder langsam entspannt. Das Grundprinzip dieser Übung von der progressiven Muskelentspannung basiert auf der Wechselwirkung zwischen der Muskulatur und der Psyche. Jacobson erkannte, dass durch diese Muskelanspannung und -entspannung das Angstgefühl reduziert wird. Aus dem Verfahren von Jacobson wurde in den 1970er Jahren ein Grundverfahren gebildet, in dem 16 Muskelgruppen angespannt und wieder entspannt werden (Morschitzky, 2004, S. 484 – 485).

1. Rechter Unterarm und rechte Hand (Linkshänder beginnen mit links)
2. Rechter Oberarm
3. Linker Unterarm und linke Hand
4. Linker Oberarm
5. Stirn
6. Nase und obere Wangenpartie
7. Kiefer und untere Wangenpartie
8. Hals und Nacken
9. Obere Rückenpartie, Brust und Schultern
10. Bauchmuskulatur
11. Rechter Oberschenkel
12. Rechter Unterschenkel
13. Rechter Fuß
14. Linker Oberschenkel

15. Linker Unterschenkel
16. Linker Fuß (Morschitzky, 2004, S. 485)

Diese Übung hat einen bestimmten Ablauf. Man muss sich völlig auf die jeweiligen Muskelgruppen konzentrieren. Während der Anspannung sollte man gleichzeitig einatmen, damit die Anspannung sich verstärkt. Die Spannung sollte 5-7 Sekunden aufrecht gehalten werden und nur langsam losgelassen werden, während man wieder ausatmet. Denn so wird das Gefühl der Entspannung verstärkt. Man sollte sich auch während dem Lösen der Spannung nur auf die jeweilige Muskelgruppe konzentrieren. Danach kann die Entspannung genossen werden (Morschitzky, 2004, S. 485).

6.3.2. Bauchatmung

Manche Betroffene beginnen unter Aufregung falsch zu atmen. Man kann das gut vergleichen, wie das Hecheln der Hunde, wenn ihnen heiß ist. Sie atmen dann viel zu viel Kohlendioxyd aus, was dazu führt, dass der Sauerstoffgehalt im Blut steigt und sie dann körperliche Symptome, wie ein Schwindelgefühl, Übelkeit, Herzrasen, Zittern, Muskelkrämpfe oder ein Kribbeln in den Händen verspüren. Diesen Zustand nennt man Hyperventilation. Wenn dieses schnelle und falsche Atmen über 20 Minuten lang anhält, kann es passieren, dass man in Ohnmacht fällt. Um das zu verhindern, kann es helfen in ein Sackerl zu atmen, um nicht zu viel Sauerstoff einzuatmen, sondern das Kohlenstoffdioxyd wieder einzuatmen. Jedoch noch viel besser und praktischer ist die Bauchatmung, die genau solche Situationen verhindert. Diese Übung dient vor allem dazu, sich abzulenken, um seine Aufmerksamkeit nicht der Angst zu widmen (Schmidt-Traub, 2015, S. 157).

Wie die Bauchatmung funktioniert, wird in Abbildung 7 genauer erläutert.

Bauchatmung:

Lege eine Hand auf den Bauch, die andere auf die Brust. Bei *falscher, flacher Atmung* hebt sich nur der Brustkorb beim Einatmen, während der Bauch sich nicht bewegt. Beim *richtigen Atmen* hebt sich der Brustkorb nur ein wenig, während sich der Bauch nach außen wölbt. Atme in den Bauch, aber ohne zu übertreiben, ganz locker, und spüre, wie er sich ausdehnt. Er wird so rund wie ein Fußball. Beim Ausatmen zieht sich der Bauch wieder zurück.

Achte darauf, dass du möglichst in den Bauch atmest. Sicherlich musst du eine Weile üben, bis du das kannst. Gelingt es dir, dann atmest du völlig richtig mit dem wichtigsten Atemmuskel, dem Zwerchfell, das unsichtbar zwischen Bauch und Brust liegt. Damit bringst du das Verhältnis von Sauerstoff und Kohlendioxyd in ein ausgewogenes Gleichgewicht und es geht dir gut.

Die Atmung kann man nur für kurze Zeit lenken. Du bist mit deiner Konzentration für einige Atemzüge voll dabei und kannst in dieser Zeit Einfluss auf deine Atmung nehmen.

Beim Ausatmen entspannen sich alle Muskeln des Körpers ein wenig. Deshalb wäre es gut, länger auszuatmen. Zähl doch einfach bis 3 beim Einatmen und bis 4, 5 und mehr beim Ausatmen.

Sobald du genügend Übung hast, kannst du die Bauchatmung wirkungsvoll zur Beruhigung deiner aufkommenden Angst einsetzen.

Abbildung 7 (Schmidt-Traub, 2015, S. 158)

7. Fazit

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der zentralen Fragestellung, welche psychosozialen Konsequenzen Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter haben und welche therapeutischen Maßnahmen sich als besonders wirksam erweisen, um diese zu bewältigen. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema hat mich durch die hohe Relevanz psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen motiviert, insbesondere, weil Angststörungen zu den am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gehören und weitreichende Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung, die schulische Laufbahn sowie das familiäre Umfeld der Betroffenen haben können.

Zu Beginn der Arbeit wurden die grundlegenden Begriffe „Angst“, „Angststörung“ und „Phobie“ definiert und voneinander abgegrenzt. Dabei konnte man sehen, dass Angst grundsätzlich eine normale und evolutionär sinnvolle Reaktion ist. Wenn sie aber in Dauer, Intensität oder Auslösern unangemessen wird, kann sich daraus eine Störung entwickeln. Die Arbeit beschäftigt sich zudem mit phobischen Störungen, wie die soziale Phobie, Agoraphobie und spezifische Phobien.

Im Zentrum der Arbeit stehen die psychosozialen Konsequenzen, die mit Angststörungen im Kindes- und Jugendalter einhergehen können. Diese reichen von sozialem Rückzug, vermindertem Selbstwertgefühl, Problemen im schulischen Umfeld, wie Prüfungsangst, Schulangst und Schulverweigerung, bis hin zu familiären Spannungen und Konflikten. Besonders bedeutsam ist dabei die hohe Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Erkrankungen, insbesondere mit Depressionen. Angststörungen können nicht nur Ursache weiterer Störungen sein, sondern auch deren Folge oder Begleiterscheinung. In vielen Fällen sind die betroffenen Kinder und Jugendlichen mehrfach belastet und benötigen eine individuell angepasste Therapie.

Im Rahmen der therapeutischen Möglichkeiten zeigte sich vor allem die kognitive Verhaltenstherapie als besonders wirksam. Sie ist empirisch gut untersucht, lässt sich individuell auf das Alter und das jeweilige Störungsbild anpassen und bietet sowohl kurzfristige als auch langfristige Erfolge in der Behandlung. Dazu wurden Methoden, wie der progressiven Muskelentspannung oder der Bauchatmung beschrieben, die eine wichtige Unterstützung darstellen können und selbst

durchführbar sind. Auch ein medikamentöser Ansatz wurde kurz beleuchtet, jedoch sollte diese in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen nur mit Vorsicht und in spezifischen Fällen eingesetzt werden.

Ein wichtiges Ergebnis der Arbeit ist, dass nicht nur die betroffenen Kinder selbst, sondern auch deren soziales Umfeld, wie die Eltern, in die Behandlung und Unterstützung miteinbezogen werden sollten. Ein feinfühliger, unterstützender Umgang kann dabei helfen, Ängste frühzeitig zu erkennen und gemeinsam Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Besonders im schulischen Kontext ist es wichtig, dass Lehrpersonen über Grundwissen zu Angststörungen verfügen, um richtig reagieren zu können und betroffene Kinder nicht zusätzlich zu belasten.

Die Arbeit verdeutlicht insgesamt, wie komplex und vielschichtig Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter eine ernstzunehmende psychische Belastung darstellen, die frühzeitig erkannt und behandelt werden müssen. Anhand der vorliegenden Arbeit möchte ich zeigen, dass es wichtig ist sich für betroffene Kinder zu interessieren und zu versuchen therapeutische und wirksame Methoden zu finden, welche dem Kind helfen. Übungen, wie die Bauchatmung oder der progressiven Muskelentspannung, können auch in der Schule ab und an mit der ganzen Klasse durchgeführt werden. Einfach ausprobieren, wenn man einen Verdacht schöpft!

Literaturverzeichnis

Büch, H., Döpfner, M. & Petermann, U. (2015). *Soziale Ängste und Leistungsängste.* Hogrefe.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Kohlhammer.

In-Albon, T. (2011). *Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Behandlung, Prävention*. Kohlhammer.

Kipman, U. (2021). *Häufige Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik und Fördermöglichkeiten*. Springer.

Krollner B. & Krollner D. (2025). *ICD-Code*. https://www.icd-code.de

Kruska, L. (2020). *Ängste bei Kindern und Jugendlichen – verstehen und handeln*. Klett-Cotta.

Melfsen, S. & Walitza, S. (2013). *Soziale Angst und Schulangst. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln.* Beltz.

Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. SpringerWienNewYork.
Rotthaus, W. (2021). *Ängste von Kindern und Jugendlichen*. Carl-Auer.

Schmidt-Traub, S. (2014). *Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual*. Hogrefe.

Schmidt-Traub, S. (2015). *Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter. Ein Ratgeber für Kinder, Jugendliche, Eltern und Erzieher*. Hogrefe.

Schmidt-Traub, S. (2017). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Ein Leitfaden für die Behandlung von Panikstörung, Agoraphobie, spezifischen Phobien und Trennungsangst*. Hogrefe.

Schmitz, J. & Asbrand, J. (2020). *Soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter*. Kohlhammer.

Suhr-Dachs, L. & Döpfner, M. (2015). *Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ).* Hogrefe.

Wurstner, M. (2025). *Phobische Störung des Kindesalters*. https://www.kinder-jugendpsychiater.org/diagnose/emotionale-stoerung/phobische-stoerung#:~:text=Spezifische%20Phobien%20im%20Kindes%2D%20und,liegt%20eine%20genetische%20Komponente%20vor.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (Kruska, 2020, S. 30) 13
Abbildung 2 (Morschitzky, 2004, S. 74) 25
Abbildung 3 (Kruska, 2020, S. 45 – 46) 26
Abbildung 4 (Suhr-Dachs & Döpfner, 2015, S. 16) 30
Abbildung 5 (Schmidt-Traub, 2015, S. 138) 44
Abbildung 6 (Büch, Döpfner & Petermann, 2015, S. 158) 44
Abbildung 7 (Schmidt-Traub, 2015, S. 158) 47

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Aussagen von Kindern und Jugendlichen mit Prüfungsangst (Suhr-Dachs & Döpfner, 2015, S. 11) 30
Tab. 2: Verschiedene Arten der Entstehung einer Schulangst (Melfsen & Walitza, 2013, S. 57 – 58) 32
Tab. 3: Die Häufigkeit des Auftretens mehrerer Angststörungen und Phobien (Morschitzky, 2004, S. 181) 37
Tab. 4: Schritte zur selbstständigen Angstbewältigung (Schmidt-Traub, 2015, S. 136 – 137) 42

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich ein Belegexemplar verwahrt."

(Prüfungsordnung der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig §15, Abs. 8)

Salzburg, 03. Juli 2025 — L. Winkler

Ort, Datum — Unterschrift